



Perfil Epidemiológico de la
SALUD MENTAL
en México

Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México

Julio, 2012

D.R. © SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

ISBN

Francisco de P. Miranda No. 177, 5° Piso
Col. Unidad Lomas de Plateros
Del. Álvaro Obregón, C. P. 01480
México, Distrito Federal
Tel.: +52 (55) 5337-1648 | Fax: (55) 5337 - 1711
www.salud.gob.mx / www.dgepi.salud.gob.mx

Se permite la reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente:
SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México
Fotografía tomada de la portada del libro: Grey Alex. Transfiguraciones, México, D.F. Editorial
Inner Traditions en Español Rochester, Vermont; 2000.

Impreso en México

SECRETARÍA DE SALUD

MTRO. SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG
Secretario de Salud

DR. PABLO ANTONIO KURI MORALES
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

LIC. IGOR ROSETTE VALENCIA
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dirección General de Epidemiología

DR. CUITLÁHUAC RUÍZ MATUS
Director General Adjunto de Epidemiología

DR. JOSÉ ALBERTO DÍAZ QUIÑONEZ
Dirección General Adjunta del INBRE

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Dirección General de Epidemiología

DR. CUITLÁHUAC RUÍZ MATUS

Director General Adjunto de Epidemiología

Dirección de Información Epidemiológica

BIÓL. JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

Director de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles y Vinculación Interinstitucional

DR. FERNANDO MENESES GONZÁLEZ

Director de Investigación Operativa Epidemiológica

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Dirección de Información Epidemiológica

DRA. MARÍA DEL ROCÍO SÁNCHEZ DÍAZ

Subdirectora de Sistemas Especiales en Vigilancia Epidemiológica

BIÓL. MICHAEL GONZÁLEZ FLORES

Jefe del Departamento de Recepción de Información Epidemiológica

ING. VICENTE CRUZ CRUZ

Jefe del Departamento de Procesamiento de Información Epidemiológica

La coordinación para la elaboración de este documento estuvo a cargo de la Dra. Sonia B. Fernández Cantón;
Directora de Información Epidemiológica 2010-2011.

Compilación y Análisis de la información

Psic. Carlos Yair Olivier Gómez
Analista de Información en Epidemiología

Psic. Lucía Elizabeth Hernández Tapia
Analista de Información en Epidemiología

	Capítulo	Página
I.	Introducción	13
II.	Antecedentes	19
III.	Sistema Nacional de Salud	43
IV.	Población y cobertura	57
V.	Servicios de atención en Salud Mental	61
VI.	Daños a la Salud	77
VII.	Representaciones Sociales vinculadas a la Salud Mental	157
VIII.	Contexto Internacional de la Salud Mental	165
IX.	Conclusiones y retos a seguir	177

I. Introducción

Se acepta como realidad fundamental que la salud constituye un derecho y una necesidad de todos los seres humanos y que para su logro es un imperativo el esfuerzo organizado y el impulso decidido de la comunidad. Esta organización será siempre de acuerdo con los patrones culturales, la economía y los procesos propios de los grupos que configuran cada comunidad.

La salud es un derecho de los Mexicanos y representa un bien estratégico para el desarrollo del país por esto, se requiere de programas que reconozcan el esfuerzo de los trabajadores del Sector Salud y los logros y avances del Sistema de Salud, que identifique las nuevas y cada vez más complejas necesidades de la población y aproveche las oportunidades para ampliar su cobertura, calidad y eficiencia. La transición demográfica y epidemiológica que presenta nuestro país merece especial atención. Los cambios en la conformación de la pirámide poblacional, explica en gran medida la elevada presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y la Salud Mental no esta exenta de esta circunstancia.

La Salud Mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye padecimientos como la depresión, ansiedad, epilepsia, demencias, esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones de Salud Pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Hacer un bosquejo de la Salud Mental como problema de Salud Pública en México implica en parte referirse a las omisiones del pasado, a las carencias de hoy y a lo que se hace y puede hacerse para mejorarla.

La Salud Mental de los habitantes de un país no es ajena su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad tales como: la estabilidad económica, educación, calidad de la convivencia social y la integración familiar, también determinantes más específicos como el empleo, la habitación, nutrición, etc. Si bien es cierto que conocemos solamente en forma fragmentaria las causas de algunos de los desórdenes mentales más comunes es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio, físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.

La Salud Mental tiene muchas facetas, sus raíces se hunden en la biología y sus ramas rebasan el campo propio de la medicina, se extienden en la arena social en varias direcciones. Como la Salud en General, la Salud Mental, se imbrica en la trama general de la vida de las poblaciones, depende de su cultura y sus condiciones socioeconómicas, la pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social inciden negativamente en la Salud Mental, e imprimen su propia huella en los problemas universales y generan otros que son propios de nuestra sociedad.

No hay Salud sin Salud Mental. La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, (de ahí la importancia de la transición demográfica y epidemiológica) además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. Por ejemplo: la Enfermedad Cardiovascular puede producir depresión y viceversa. La Salud Mental y física también pueden estar relacionadas a través de factores comunes de riesgo, por ejemplo: las malas condiciones habitacionales pueden producir una Salud Mental y física deficiente. Se necesita un mayor entendimiento de las relaciones entre los diferentes trastornos mentales, la Salud Mental, física y las rutas evolutivas de los factores genéricos y de riesgos específicos de la enfermedad que producen problemas de Salud Mental. También muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico para todas las personas. La Salud Mental, física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados, con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, surge más claramente que la Salud Mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. Por consiguiente la Salud Mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos, comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. De igual manera la Salud Mental es materia de interés para todos y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

En efecto los problemas de la Salud Mental afectan a la sociedad en su totalidad y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, en los de sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, víctimas de violencia, los migrantes, refugiados, poblaciones indígenas, mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

Otro aspecto inherente en la política de Salud Pública, es que la Salud Mental se relaciona al igual que la salud física y la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares. En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de Salud Mental carecen de una gran escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y al tratamiento especializado de los enfermos mentales y en menor medida, a un sistema integrado de salud. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de Salud Mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Desafortunadamente en la mayor parte del mundo, no se le da a la Salud Mental y a los Trastornos Mentales la misma importancia que a la física, en rigor han sido más bien objeto de ignorancia o desatención.

La promoción de la Salud Mental requiere que se adopten medidas multisectoriales en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin es promover la Salud Mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

De acuerdo con Medina Mora y Ramón de la Fuente (La Salud Mental en México, 1997), hay quienes piensan que toda labor preventiva en el campo de la Salud Mental es ilusoria y que solamente podrá ser elevada a niveles aceptables mediante la transformación profunda de la sociedad. Esta opinión es debatable y en todo caso no justifica el descuido de acciones realizables en las circunstancias actuales, aun cuando sus alcances sean más limitados.

En nuestro país ha ocurrido que los recursos siempre insuficientes, han sido consumidos para hacer frente a otros graves problemas de salud vistos como más apremiantes. La desnutrición, las enfermedades infecto-contagiosas, el rápido crecimiento de la población, etc. No parece que la escasez de recursos y la magnitud de otras necesidades justifiquen este abandono, ya que países con menor riqueza que el nuestro ha tenido logros muy estimables en el campo de la Salud Mental. A mayor abundamiento, los desórdenes y las desviaciones mentales representan una grave pérdida económica, social y grandes penalidades para las personas afectadas y sus familias. Las causas del relativo abandono son comprensibles pero no son aceptables.

Algo que debe decirse acerca de la Salud Mental es que no puede ser únicamente la responsabilidad de un grupo de instituciones. Además de los organismos relacionados con la salud y el bienestar social, otros como los relacionados con el sistema educacional y los asentamientos humanos, deben estar comprometidos en su cuidado y promoción.

Una causa de carácter general e histórico de este descuido tiene que ver con la ignorancia, los temores y los prejuicios arraigados en nuestro sistema de creencias y actitudes en relación con los desórdenes mentales y quienes los sufren. Otra es la opinión extendida de que no se cuenta aún con los conocimientos precisos acerca de sus causas, y que estos conocimientos son indispensables para prevenir y corregir dichos desórdenes. Sin embargo, a la luz de los avances en el esclarecimiento del sustrato cerebral de algunas de las enfermedades y desórdenes mentales más frecuentes, así como de la introducción en el uso clínico de nuevos agentes psicoterapéuticos, esta opinión no se justifica del todo.

En los últimos años se ha puesto de relieve el papel fundamental de los factores psicológicos y sociales en los problemas de Salud Pública. En virtud de estos hallazgos y observaciones la Salud Mental es uno de los ejes en torno a los cuáles gira la salud integral.

La Organización Mundial de la Salud ha definido las siguientes metas de la Salud Mental: prevenir los desórdenes mentales, fomentar la salud mental mediante la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, así como propiciar la participación activa de la colectividad en todas estas acciones. La meta general más ambiciosa es crear las condiciones más adecuadas para promover el desarrollo óptimo de las capacidades humanas de todos los individuos.

Este documento pretende dar un panorama de la Salud Mental como problema de Salud Pública en nuestro país, haciendo una recopilación de diversas fuentes para poder tener una visión más global, actualizada y accesible sobre información en Salud Mental, así como el impacto de dicho fenómeno en el contexto nacional y con esto que sea una herramienta útil para la toma de decisiones futuras.

II. Antecedentes

Antes de entrar en materia de Salud Pública es importante definir ¿Qué es la Salud Mental? definir a la Salud Mental ha sido una tarea ardua y compleja a lo largo de su historia ya que no es exclusiva de las ciencias médicas, sino que entran en juego múltiples actores de diversa índole lo que le da un carácter de ser un fenómeno multicausal, por ende su abordaje y estudio deben hacerse desde enfoques inter y multidisciplinarios.

En el pasado se definió la Salud Mental como la ausencia de enfermedad mental. En las últimas décadas, este concepto restringido ha sido sustituido por una definición más amplia: el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y en su último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. Es decir el campo de la Salud Mental no se circunscribe a las enfermedades mentales incapacitantes sino que en él se incluyen también alteraciones psicológicas, emocionales y conductuales que no encajan del todo en las categorías convencionales. Fenómenos tales como el incremento de la violencia en sus diversas formas, el suicidio y el abuso de sustancias, incluido el alcohol causan daños graves a la sociedad y son objeto de gran preocupación para el Estado y la sociedad responsable.

El especialista clínico define a menudo a la Salud Mental como resistencia a la enfermedad mental o la ausencia de ella. Levison en 1962 adoptó una aproximación de orientación ecológica: se creía que la Salud Mental dependía fundamentalmente del modo como una persona se consideraba a sí misma, consideraba a las otras personas y consideraba el mundo particularmente en lo referente a su propio lugar en él. Se daba una especie de importancia a sus sentimientos con respecto a ganarse la vida y sus responsabilidades hacia los que dependen de él.

Por otra parte la definición de Karl Meninger de Salud Mental incluye el elemento de felicidad. Y la definición de Ginsburg de Salud Mental se refiere al dominio del ambiente manifestado entre áreas cruciales de la vida: amor, trabajo y ocio.

Según Roberto Escandón en ¿Qué es Salud Mental? (Un panorama de la Salud Mental en México) la Salud Mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos, conductuales y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Investigaciones recientes dan cuenta de la necesidad de invertir más en Salud Mental, en terminos financieros y en recursos humanos, tanto para la atención de la población que sufre algún trastorno mental como para generar trabajos de investigación y promover la Salud Mental.

La polaridad de la Salud Mental como opuesta a la enfermedad mental ha sido utilizada a menudo y persistentemente como base para definiciones sencillas de la Salud Mental. Pero dentro de este marco no es posible dar una descripción plena de la Salud Mental. ¿Se ocupan los psiquiatras de lo enfermo o de lo sano o de ambas cosas? ¿Es posible identificar a los pre enfermos entre los sanos? ¿Cuál es la validez del concepto sustentado a menudo de que la primera responsabilidad del psiquiatra es la enfermedad mental grave, más que la prevención.

La Salud Mental es un aspecto de la Salud Integral, inseparable del resto y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad.

De acuerdo con la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 “La Salud Mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Los conceptos de Salud Mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

La Salud Mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades, son abrumadores. En los últimos años, el mundo se ha tornado más consciente de la enorme carga y el potencial que existe para hacer progresos en salud mental. En efecto, podemos lograr un cambio. (LEE jong-wook, Director General, OMS, 2004).

Historia y evolución de la Salud Mental

La historia de la Salud Mental, considerando a las disciplinas especializadas en su estudio como la psiquiatría, psicología, neurología, por mencionar algunas, es la historia del conocimiento científico. Ha tenido idas y venidas, aciertos y desaciertos, siempre un constante cuestionamiento ya que a lo largo de la misma las enfermedades mentales se han relacionado con la religión, con la magia o incluso con aspectos culturales.

Por lo anterior es de suma importancia conocer como ha sido esta evolución, como a través del tiempo los conceptos y los métodos de tratamiento han ido cambiando en función del momento histórico en que se desarrollaron, siempre con la convicción de buscar ese enigma que se esconde detrás de las llamadas enfermedades mentales y como éstas pueden llegar a ser incapacitantes. De manera muy concreta se puede observar el desglose de la historia de la Salud Mental así como sus representantes más importantes y sus contribuciones.

Prehistoria	El hombre del neolítico realizaba trepanaciones craneales, incluso en sujetos vivos que sobrevivieron a la intervención. La finalidad con que se practicaban es objeto de debate (¿extraer un demonio, tratamiento de fracturas o de huesos astillados?), pero no hay duda de que los primeros humanos consideraban el cráneo como una parte privilegiada del organismo. Observando las actuales culturas primitivas se denota el uso de sustancias alucinógenas con finalidades mágicas o rituales. En México antiguo se consumía el peyote; eran asimismo ampliamente utilizadas la amanita y la belladona.
Mesopotamia	Los primeros médicos babilonios: Assipu = consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.
Egipto	En el Papiro de Ebers (XVI aC) se comentan varios trastornos mentales y se hace referencia a la epilepsia. El papiro egipcio de Edward Smith (1550 a.c.) reconoce por primera vez en la historia, al cerebro como "localización de las funciones mentales". Asimismo atribuye al cerebro funciones motoras. Los egipcios descubrieron el trastorno emocional que los griegos llamarían "histeria". Lo atribuían a una mala posición del útero, por lo que fumigaban la vagina con la intención de devolverlo a su posición.
Israel	Al analizar los textos del antiguo testamento, se puede observar a la locura como castigo de Dios. Existen descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos atribuidos a posesiones demoníacas.

Persia	La fuente original de la filosofía persa se encuentra en el Zendavesta, uno de cuyos volúmenes, el Venidad menciona que hay 99 999 enfermedades, todas causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".
Grecia	Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. Los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción al sueño, la interpretación de los sueños y el diálogo con el paciente. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.
Roma	Los romanos siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, que postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que pueden controlarse alcanzando un estado mental sin perturbaciones o ataraxia (de donde deriva el término atar actico utilizado para los sedantes). Sus mayores representantes fueron Galeno quien localizó el alma racional en el cerebro y Celso quien utiliza el término insania para las enfermedades mentales.
Edad media	La edad media significó la gran decadencia intelectual de Occidente. Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica. La brujería constituye un fenómeno típico de la Edad Media. La Inquisición persiguió cruelmente a las brujas, muchas de las cuales eran personas con trastornos mentales. Algunos fenómenos de psicopatología colectiva se produjeron en la misma época, por ejemplo la "locura de los danzantes".

Renacimiento

A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Papa, publicaron el *Malleus maleficarum* (El martillo de las brujas), que se unió a la misoginia de la Iglesia y a la idea de otros teólogos referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres. Paracelso (1493-1541). Consideró que la enfermedad mental es una enfermedad espiritual debida a cambios insalubres. Pensando en la temperatura como agente causal de la manía, recomendaba la amputación de los dedos para que entre "aire fresco". Fue el primero en sugerir un origen sexual en la histeria.

Siglo XVII

René Descartes (1596-1650) en su obra "Traité des passions de l'âme" (1649) localiza el alma en la glándula pineal, ligando de esta forma un concepto inmaterial con una estructura anatómica material. Pero lo fundamental de Descartes es que su obra filosófica supuso un punto de inflexión en la historia del pensamiento. Thomas Willis (1621-1675) profesor en Oxford, fijó el conocimiento de las estructuras encefálicas en su obra "Cerebri anatome" (1664) y describió el polígono arterial de la base del cerebro que lleva su nombre. Thomas Sydenham (1624-1689) además de analizar un tipo de corea, realizó varias descripciones de la histeria.

Siglo XVIII

Aunque los "enfermos mentales" ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. George Ernst Stahl (1659-1734) dividió las enfermedades psiquiátricas en dos grandes grupos: simpáticas (en las que se encontraba afectación de algún órgano) y patéticas (en las que no se hallaba patología orgánica). Esta clasificación influyó en algunas escuelas posteriores. William Cullen (1710-1790) elaboró una clasificación de la enfermedad mental y fue el primero en utilizar el término "neurosis". Philippe Pinel (1745-1826) este médico francés cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales. Pinel fue nombrado en 1795 Director de La Salpêtrière, en París, liberó a los enfermos mentales de sus cadenas, en su tratado de la insania clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicó su origen por la herencia y las influencias ambientales. Johann Reil (1759-1813) fue el creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista de psiquiatría.

Siglo XIX

Franz Anton Mesmer (1734-1815) postuló la doctrina del magnetismo animal, según la cual existe un fluido universal que facilita las influencias entre los seres vivos y los cuerpos inanimados y celestes. Este fluido sería transmisible mediante los pases magnéticos. Las sesiones de Mesmer se hicieron famosas, y constituyen un ejemplo del uso de la sugestión. Franz Joseph Gall (1758-1828) fue el iniciador de la frenología. Esta doctrina pretendía conocer el estado de ciertas funciones cerebrales mediante la palpación del cráneo. Claude Bernard (1813-1878) abordó todos los campos de la fisiología. En el aspecto concerniente a la psiquiatría es interesante su obra "Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux", publicada en dos tomos en 1.858. Jean Martin Charcot (1825-1893) estudió los fenómenos de la hipnosis y la histeria. Johann Christian Reil (1759-1813) describió el área cerebral que lleva su nombre (1809) y en las Rapsodieen (1803) propone el tratamiento humano de los enfermos mentales. Santiago Ramón y Cajal premio Nobel de Medicina, realizó estudios fundamentales para el conocimiento del Sistema Nervioso a través del estudio de la neurona.

Siglo XX

Se desarrollaron clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología. Emil Kraepelin (1856-1926) elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que todavía se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo con la conducta que manifiestan. Describió por primera vez la demencia praecox y la psicosis maniaco-depresiva. Eugen Bleuler (1857-1939) estudioso de las psicosis. Sustituyó con éxito el concepto de demencia praecox por el de esquizofrenia en su famosa obra de 1911 "Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias". Kretschmer (1888-1964). Describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente. Meyer (1866-1950). Desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Autor de Psicobiología: una ciencia del hombre (1957). Schneider (1887-1967). Autor de Sicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (conocidos ahora como schneiderianos) y secundarios. Sigmund Freud (1856-1939). Estudió inicialmente con Charcot en la Salpêtrière. Junto con Joseph Breuer (1841-1925) empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas. Más adelante abandonó la hipnosis por el método de las "asociaciones libres". En sus Estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales. En 1896 creó el término "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Estos recuerdos se manifiestan normalmente a través de los actos fallidos y los sueños, y patológicamente, mediante los síntomas neuróticos. (1949) el psiquiatra australiano John Cade (1912-1980) describió los efectos del litio para el tratamiento de enfermos maniacos. (1952) El primer antipsicótico convencional: la clorpromazina, se convirtió en el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia. (1960) se sintetizó la clozapina, que se convirtió en el primer antipsicótico atípico. Antipsicóticos convencionales como el haloperidol fueron utilizados por primera vez para controlar los síntomas positivos de la psicosis con excelentes resultados. (1987 se introdujo la fluoxetina, primer inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (1994). Se comercializa por primera vez la risperidona (antipsicótico atípico), consiguiendo en años posteriores nuevas indicaciones en demencia y trastorno bipolar, además de esquizofrenia. (1997) las investigaciones ponen de manifiesto que existen implicaciones genéticas en el trastorno bipolar. Incluso se ha sugerido que la enfermedad es heredada.

La Psiquiatría como ciencia médica, que tiene por objeto el estudio de la enfermedad mental, es una disciplina compleja que se enfrenta con los problemas humanos que surgen de la influencia conjunta sobre la persona de fenómenos físicos, psíquicos y sociales. A esta conjunción se debe que la psiquiatría haya tratado de enriquecerse de conocimientos surgidos de fuentes tan diversas como las ciencias biológicas, psicológicas, o incluso socioculturales. Las distintas influencias han llevado a elaborar diferentes teorías de enfermar que han cristalizado en la existencia de escuelas psiquiátricas con diferentes modelos de comprensión etiológica de la enfermedad mental.

El modelo médico considera las enfermedades mentales como entidades asimilables a las enfermedades físicas. Su etiología consiste en una anomalía orgánica causante de una serie de síntomas que agrupados sistemáticamente conforman una entidad clínica con diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos.

El modelo conductista postula que el comportamiento es fruto del aprendizaje fundamentado, en cualquiera de las modalidades de condicionamiento (clásico o pavloviano y operante o skinneriano). En este caso el concepto de enfermedad cobra una dimensión nueva y el enfoque etiológico pierde su sentido, ya que el comportamiento normal y el patológico tienen una raíz común, el aprendizaje. El cognitivismo trata de aplicar las aportaciones del conductismo a los procesos mentales internos; considera a la persona no como un sujeto pasivo, sino como un agente activo que selecciona, interpreta y actúa ante los estímulos emitiendo respuestas con carga de intencionalidad.

El modelo psicodinámico considera que el desarrollo de la personalidad se establece en función de la interacción de procesos biológicos y ambientales. Según la teoría psicoanalítica, los problemas surgidos en algunas de las etapas o fases del desarrollo implican una fijación en esta etapa y la consiguiente traducción psicopatológica en la vida adulta. Los límites entre salud y enfermedad se pierden y los síntomas surgen como resultado de los esfuerzos que hace el individuo por paliar la ansiedad creada por los conflictos emocionales subyacentes. En cuanto al tratamiento la psicoterapia psicoanalítica pretende como estrategia general, transformar progresivamente en consciente lo inconsciente.

El modelo sociológico o psicosocial acoge dentro de su marco general distintas tendencias (psiquiatría comunitaria, antipsiquiatría, etc.) que comparten la consideración de que los factores socioambientales se encuentran en la génesis y mantenimiento de los trastornos mentales.

¿Qué es un Trastorno mental?

El límite entre enfermedad y Salud Mental no es un límite claro ni bien definido, y los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado según los distintos enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, con lo que no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aun no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales. Y que la complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano.

Pese a todo lo anterior podemos definir un Trastorno o una Enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Por otro lado, estudios sobre Salud Mental consideran que Salud y Enfermedad Mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se ha tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

¿Cuáles son las causas de las Enfermedades Mentales?

El Trastorno mental responde muy pocas veces al modelo causa-efecto. Las causas de las enfermedades mentales son probablemente múltiples, y en algunos casos son desconocidas. Se sabe que factores como alteraciones en la química del cerebro u otros mecanismos biológicos, predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones cerebrales, consumos de sustancias, etc., pueden influir poderosamente en su aparición y curso, pero no se conoce con exactitud ni en qué grado impacta cada uno de estos factores, ni que combinaciones se producen significativamente en cada caso.

Factores exógenos. Son aquellos que provienen del exterior del individuo y que actúan directa o indirectamente desencadenando la aparición de la enfermedad en el individuo o en su herencia. Cuando actúan directamente provocan alteraciones y modificaciones en el individuo. Si actúan indirectamente modifican el plasma germinal mediante el cual se transmite a la descendencia.

Factores endógenos. Son factores preexistentes en el individuo que provienen y nacen de él. Unos son de carácter general y otros de carácter específico.

Factores tóxicos. Son aquellos relacionados con la ingesta o consumo directo indirecto de sustancias o compuestos químicos dañinos para el individuo.

- a) Alcohol: puede actuar de forma directa sobre el propio individuo desencadenando determinados trastornos, como delirios. También puede actuar de forma indirecta disminuyendo la resistencia de las glándulas sexuales, lo que en la descendencia puede llegar a producir oligofrenias.
- b) Plomo: se conoce como intoxicación saturnina, da lugar a amnesias, alteraciones psíquicas como delirium. De forma indirecta afecta a la descendencia.
- c) Arsénico, alcaloides, mercurio, drogas (cannabis, cocaína, opiáceos, LSD, etc.), monóxido de carbono: llamada anoxia por la alta de oxígeno en los tejidos y también en el tejido cerebral. Este se fija a la hemoglobina formando carboxihemoglobina lo que disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos, que afecta a las neuronas provocando un estado confusional y demencia.

Factores infecciosos. Constituyen un importante grupo de etiología de las enfermedades mentales, tanto de forma directa provocando alteraciones psíquicas, como de forma indirecta produciendo alteraciones en la descendencia.

- a) Tuberculosis: las toxinas se fijan sobre las células germinales dando lugar a oligofrenias en la descendencia.
- b) Sífilis: directamente causa parálisis general progresiva, y de forma indirecta en la herencia produce oligofrenias.
- c) Rubéola: las mujeres en gestación tienen descendencia con oligofrenias.
- d) Meningitis y encefalitis: destrucción neuronal y detención del desarrollo, actúan directamente sobre el cerebro y el tejido cerebral.
- e) Paludismo, neumonía y fiebre tifoidea: producen altas fiebres de larga duración, dan lugar a cuadros confusionales y delirium tremens.
- f) SIDA: graves deterioros en el cerebro (demencias) y daña a las células germinales.

Traumatismos. Especialmente los traumatismos craneo-encefálicos, porque hay periodos de la vida que son más importantes.

- a) Durante la gestación: golpes y caídas sobre el vientre.
- b) Durante el parto: compresiones prolongadas, vueltas de cordón que producen asfixia, usar los fórceps.
- c) Craneales en niños y adultos: pueden tener consecuencias inmediatas como confusión y conmoción a corto plazo. Consecuencias a largo plazo, como trastornos epilépticos y psicosis postraumáticas.
- d) No craneales: impotencias funcionales, desfiguraciones, amputaciones; pueden provocar neurosis, depresiones entre otros.

Factores ambientales. Es todo lo que rodea al ser humano: cambios en el tiempo, cambio de estaciones, cambios en la intensidad de la luz, en la temperatura. Todo esto puede producir o desencadenar enfermedades mentales.

Factores psíquicas. Causan trastornos psíquicos o morales. La aparición de una enfermedad psíquica en relación a un trauma va en relación de la intensidad del trauma y la sensibilidad del individuo. Cuanta más intensidad tenga y más sensible sea el individuo habrá más posibilidad de aparición de un trastorno psiquiátrico.

Factores nutritivos. Toda deficiencia nutritiva o metabólica puede provocar trastornos psiquiátricos.

a) Avitaminosis B: deficiente desarrollo cerebral ya que hay un deterioro del tejido nervioso.

Otros Generales

Edad: no es un factor causante de una enfermedad mental pero si es un factor predisponente. Esto sucede porque las distintas edades incluyen modificaciones somáticas. Hay determinadas épocas en la vida en que la edad predispone para un trastorno mental:

- a) Infancia. Desarrollo del Sistema Nervioso Central y las capacidades mentales, se produce el desarrollo de la personalidad, por tanto se pueden dar oligofrenias o insuficiencia mental e intelectual.
- b) Pubertad. Hay cambios somáticos y psíquicos por la entrada en funcionamiento de las glándulas sexuales y por la configuración corporal. Se produce una sensación de cambio en la personalidad y cambio sobre el otro sexo. Se pueden dar esquizofrenias.
- c) Adolescencia. Transición entre la niñez y la etapa adulta, existe gran demanda y presión social por lo tanto es una etapa de crisis muy fuerte ya que el individuo busca una identidad conforme a lo que le quiere y hay riesgo de padecer enfermedades depresivas al no encontrar un soporte.
- d) Adulthood. Existe una gran actividad psíquica, son mayores las luchas en el medio laboral y social, por lo tanto se dan delirios y estrés.
- e) Senectud. Última etapa, de la existencia, envejecimiento de todos los tejidos con deterioro neuronal. Da lugar a la demencia senil o esteroesclerótica porque se produce la arterosclerosis.

Factores protectores de la Salud Mental

Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de los individuos (especialmente en niños)			
Individuales	Familiares	Escolares	Sociales
Alimentación Adecuada	Padres que proveen cuidado y ayuda	Sentimiento de pertenencia	Relación cercana con una persona significativa (compañero/mentor)
Cercanía o apego con la familia	Armonía familiar	Clima escolar positivo	Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes
Inteligencia superior a la media	Familia segura y estable	Grupo de pares prosocial	Seguridad económica
Logros escolares	Familia pequeña	Colaboración y apoyo	Buena salud
Habilidades en la resolución de problemas	Más de dos años entre embarazos	Responsabilidades	Acceso al mercado laboral
Autocontrol	Responsabilidades en la familias (de adultos y niños)	Oportunidades de éxito y reconocimiento de logros	Vivienda digna
Habilidad social	Relación de apoyo con otro adulto (de un niño o un adulto)	Reglas de escuela en contra de la violencia	
Habilidades de relación	Normas y moral sólidas en la familia		
Optimismo	Comunicación afectiva		
Creencias morales	Expresión emocional		
Valores			
Autoestima			

Los determinantes de la salud que operan en una comunidad se traducen en factores de riesgo y de protección que influyen en la salud física y mental de los individuos que la integran.

Los factores protectores son las condiciones, situaciones o características de la persona, familia o grupo social que funcionan como mecanismos para proteger o para potenciar sus capacidades que les permite estar fortalecidos ante las situaciones de riesgo, o cuando se encuentran en una situación de adversidad. Éstos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno.

Fuente: Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra Australia. Citado en México, Programa de Acción en Salud Mental, 2002.

Factores de riesgo en el desarrollo de problemas de Salud Mental

Factores de riesgo con influencia potencial que influyen en el desarrollo de problemas de salud mental en individuos (especialmente en niños)				
Individuales	Familiares	Escolares	Sociales	Eventos
Alteraciones genéticas	Madre adolescente	Peleas/riñas	Desventaja socioeconómica	Abuso físico, sexual y emocional
Daño cerebral prenatal	Padre o madre soltero	Bajo apego en la escuela	Discriminación social y cultural	Muerte de un familiar
Nacimiento prematuro	Familia numerosa	Manejo inadecuado de la conducta	Violencia y criminalidad en la zona de vivienda	Enfermedad física o discapacidad
Daño al nacer	Modelos con rol antisocial	Grupo de pares desafiantes	Densidad de población y condiciones inadecuadas de la vivienda	Desempleo/inseguridad de empleo
Bajo peso y complicaciones al nacer	Falta de armonía y/o violencia familiar	Fracaso escolar	Falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo	Falta de hogar
Discapacidad física e intelectual	Familia disfuncional	Cambios de escuela	Aislamiento social	Encarcelamiento
Salud deficiente en la infancia	Divorcio y/o separación	Relaciones insatisfactorias	Sociedad competitiva	Pobreza, inseguridad económica
Apego inseguro en la infancia	Negligencia con el cuidado del niño	Deserción escolar		Accidentes de trabajo
Inteligencia deficiente	Desempleo prolongado de los padres	Falta de expectativas		Responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado
Temperamento difícil	Abuso de sustancias en los padres	Expectativas falsas		Residencia en un lugar de cuidados o asilo
Enfermedad crónica	Problemas mentales en los padres			Guerra o desastres naturales
Habilidades sociales deficientes	Disciplina inconsistente			
Autoestima baja	Experiencias de rechazo			
Alineación/aislamiento				
Impulsividad				

Fuente: Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra Australia. Citado en México, Programa de Acción en Salud Mental, 2002.

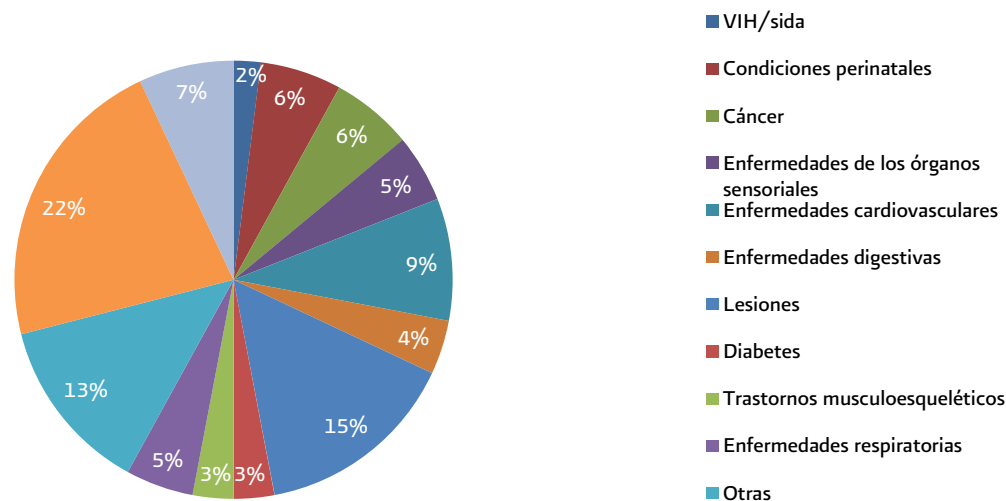
Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno mental se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad expuesta a los factores biológicos y psicosociales. Los factores de un solo riesgo pueden tener diversos niveles de impacto y crear combinaciones de gran efecto interactivo, por lo que la exposición prolongada a varios factores de riesgo tiene un efecto acumulativo. Las cadenas de riesgo operan a través del tiempo para aumentar la vulnerabilidad, como es el caso de la pobreza; sin embargo, existen otros que pueden precipitar la aparición de algún trastorno, como es el caso de la falta de atención a los hijos por parte de los padres.

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.

Algunos datos del mundo:

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta.
- Las principales enfermedades mentales son 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.
- Alrededor de un millón de personas se suicidan cada año.
- 33 por ciento de los años vividos con discapacidad en todo el mundo se deben a trastornos neuropsiquiátricos.
- 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).
- Más de 150 millones de personas sufren depresión en algún momento de su vida.
- Cerca de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia.
- 38 millones están afectadas por la epilepsia.
- Más de 90 millones sufren trastornos causados por el alcohol y las drogas.
- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.
- Más de 40 por ciento de los países en el mundo no cuenta con una política de Salud Mental.
- En 41 por ciento de los países no existen programas de capacitación en Salud Mental para los agentes de salud del nivel primario.
- En 2001, más de 20 por ciento de la población mundial sufrió algún trastorno afectivo que demandó tratamiento médico.
- En 2001, la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8 por ciento en los hombres y 9.5 en mujeres.
- La incidencia de trastornos de la alimentación ha registrado un aumento progresivo en los últimos años. En el mundo, los padecen alrededor de 0.5 por ciento mujeres; y de quienes se tratan, 10 por ciento muere por esta causa.
- La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años.
- 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.

Carga de enfermedades, América Latina y el Caribe
porcentaje - AVADs*, 2004



*Años de vida ajustados por discapacidad
Fuente: OPS. Plan de acción de Salud Mental, 2004.

En lo que corresponde a América Latina y el Caribe, los trastornos Neuropsiquiátricos tienen un peso del 22% de la carga total de enfermedades por AVADs, mayor que a nivel mundial, esto quiere decir que la situación en estos países es aún más complicada, dado que la mayoría son países de tercer mundo o en vías de desarrollo, por ende se requiere de mayor esfuerzo de las políticas públicas de salud para contrarrestar este fenómeno.

Una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años, nos permite apreciar la prevalencia y la brecha de tratamiento. *La brecha de tratamiento* expresa la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben. Según se observa en el cuadro, la brecha es muy amplia y hasta podría estar subestimada ya que por lo general no se tiene en cuenta la comorbilidad, ni tampoco lo referente a calidad y eficacia del tratamiento.

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)	Brechas de tratamiento (%)
Psicosis no afectivas	1.0	37.4
Depresión mayor	4.9	58.9
Distimia	1.4	58.8
Trastorno bipolar	0.8	64.0
Trastorno de ansiedad	3.4	63.1
Trastorno de pánico	1.0	52.9
Trastorno obsesivo-compulsivo	1.4	59.9
Uso nocivo o dependencia del alcohol	5.7	71.4

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública 2005; 18 (4/5): 229-240.

Hasta ahora el diagnóstico de las enfermedades mentales es básicamente clínico, no existe ningún estudio de laboratorio, de imagen, ni de electrofisiología capaz de definir por sí solo alguno de los trastornos mentales primarios. Existen enfermedades en donde la utilización de los estudios de gabinete son más importantes que en otros como el caso de la epilepsia y de la enfermedad de Alzheimer, donde el electroencefalograma en el primero de los casos y la resonancia magnética en el segundo, proporcionan un gran apoyo para elaborar un diagnóstico más certero. Sin embargo, en los trastornos afectivos, los de ansiedad, en la esquizofrenia y en los del desarrollo infantil los estudios paraclínicos no confirman el diagnóstico; aún así se realizan para descartar otros padecimientos por comorbilidad o para obtener el diagnóstico diferencial del padecimiento. En este sentido uno de los grandes avances de la psiquiatría ha sido el establecimiento de criterios clínicos objetivos para definir los diferentes diagnósticos de los trastornos mentales.

La preocupación de la OMS y las sociedades psiquiátricas en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales han motivado que las bases conceptuales de las clasificaciones actuales hayan evolucionado notablemente respecto a las de hace unas décadas.

Cuando se elaboraron las primeras clasificaciones de enfermedades, hace más de un siglo su utilidad era exclusivamente administrativa y de obtención de datos para fines estadísticos. Sin embargo las clasificaciones actuales pretenden además de cubrir este objetivo, ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con unos criterios uniformes, así como dar recomendaciones en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico. Fruto de todo este esfuerzo son el DSM-IV, la CIE-10, los glosarios de términos, la Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) entre otros.

Las dos grandes asociaciones en materia de Salud Mental (la Asociación Psiquiátrica Americana -APA- y la Organización Mundial de la Salud -OMS-) han ofertado sistemas de clasificación internacionales, con validez legal y científica reconocida.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 10ª edición CIE-10 (OMS, 1992) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición DSM-IV (APA, 1994, 2000) son dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia.

Ambos sistemas son multiaxiales, es decir se organizan considerando varios ejes (aspectos o facetas de la realidad clínica), constanding de 5 ejes el DSM y de 3 la CIE-10. Por otra parte ambas clasificaciones persiguen proporcionar criterios diagnósticos para aumentar la fiabilidad de los juicios clínicos.

Uno de los problemas que se observan en México es que la mayoría de los médicos no psiquiatras, desconocen estos manuales diagnósticos, lo que repercute en la elaboración de diagnósticos erróneos y consecuentemente tratamientos inadecuados.

A lo largo de los años el Comité de estadística de la APA junto a otros grupos de trabajo ha ido desarrollando y revisando la clasificación y lo más importante, incorporando criterios de diagnóstico. Así nace el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM MD), como una variante de la CIE 6, que se publicó en 1952.

El DSM, en su primera versión al igual que la CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo tanto en los contenidos que debería incluir como en el método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Entre las causas que influyeron en la creación del DSM están la necesidad de recoger datos de tipo estadístico en relación a los trastornos mentales y la necesidad de una nomenclatura aceptable para los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas, en todo el país.

El DSM-IV es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de diferentes orientaciones y entre clínicos en general e investigadores. Todo esto no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría. Una diferencia paradigmática reside en el requisito del DSM-IV que el paciente afectado debe estar limitado por los síntomas, criterio éste que no aparece en la CIE-10. El sistema DSM-IV se centra en general en principios más psicopatológicos, mientras que los capítulos de la CIE-10 están estructurados a partir de la patogenia.

El DSM-IV propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 ejes con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Se describen los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno, y que pueden ser objeto de atención clínica (por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc).

Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad de base, algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc).

Eje III: Se especifican afecciones médicas que presente el paciente. La enfermedad física puede ser causa, consecuencia o no estar relacionada con el trastorno mental.

Eje IV: Se describen tensiones psicosociales y ambientales en la vida del paciente que contribuyen de manera significativa al desarrollo o exacerbación del problema actual (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc).

Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), facilita el diseño del plan terapéutico y ayuda a evaluar los resultados.

Fuente: Comparación de los Sistemas de clasificación de los Sistemas Mentales.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) de la OMS es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

El capítulo de los trastornos mentales aparece por primera vez cuando la OMS publica la sexta edición de la CIE, la CIE-10 define a la enfermedad excluyendo todo aquello que, aunque conlleva un riesgo o vulnerabilidad para padecer un trastorno, no es en sí mismo un trastorno. Por otro lado, excluye de la definición de enfermedad la discapacidad que produce ya que se considera que ésta depende del soporte social y las características ambientales que varían de un país a otro ³.

De los 21 capítulos de la CIE-10, el capítulo V sobre trastornos mentales y del comportamiento salió a la luz en 1992 en su versión definitiva. Este instrumento fue el fruto de un amplio consenso de los profesionales de la psiquiatría de todo el mundo realizado bajo los auspicios de la OMS.

Un aspecto importante a señalar es que tomando en cuenta el limitado conocimiento que tiene el personal de salud sobre estas enfermedades, es imposible describirle y hacerle comprender un número tan grande de categorías. Por lo tanto la OMS elaboró un documento adicional al Capítulo V de su CIE 10, denominado “Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria”, en el que se redujo el número de categorías a las 25 prioritarias más frecuentes y con mayor impacto a la Salud Pública (prevalencia, morbimortalidad, carga para las familias y la comunidad y utilización de recursos) cuyas principales características son su brevedad, sencillez y fiabilidad.

La CIE-10 cuenta con 3 principales características, de estos se muestran a continuación:

Eje I: Diagnósticos clínicos. Engloba toda la patología, psiquiátrica, médica en general y de personalidad. No hace distinción entre psiquiatría con el resto de la medicina y la asistencia psiquiátrica con el resto de la asistencia sanitaria.

Eje II: Discapacitación social. Valora cuatro áreas de funcionamiento social (personal, familiar, laboral, social amplia). Hay una relación inversa entre la discapacidad y la calidad de vida.

Eje III: Factores ambientales y relativos al estilo de vida que hacen referencia a la enfermedad. Abarca tanto circunstancias del pasado como del momento actual. A diferencia del DSM-IV no codifica el grado de estrés. Es un eje de mucha importancia para la Salud Pública que permite identificar circunstancias que son susceptibles de programas de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Fuente: Comparación de los Sistemas de Clasificación de los Sistemas Mentales.

Comparación de las principales categorías diagnósticas entre el DSM-IV y el CIE-10

Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)		Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento	
1	Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia	F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
2	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas
3	Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados	F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
4	Trastornos relacionados con sustancias	F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)
5	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
6	Trastornos del estado de ánimo	F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
7	Trastornos de ansiedad	F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
8	Trastornos somatomorfos	F70-F79	Retraso mental
9	Trastornos facticios	F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
10	Trastornos disociativos	F99	Trastorno mental sin especificación
11	Trastornos sexuales y de la identidad sexual		
12	Trastornos de la conducta alimentaria		
13	Trastornos del sueño		
14	Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados		
15	Trastornos adaptativos		
16	Trastornos de la personalidad		

Fuente: Comparación de los Sistemas de Clasificación de los Sistemas Mentales.

Tanto el DSM-IV como la CIE-10 manejan diversas categorías generales, las cuáles a su vez contienen diversas subclasificaciones que corresponden a cada uno de los trastornos mentales. En lo que concierne al DSM-IV, éste maneja 16 grandes categorías, donde cada una de estas contiene diversas subclasificaciones de las distintas patologías. Por su parte la CIE-10 esta construida con 10 grandes categorías diagnósticas, que al igual que el DSM-IV maneja subclasificaciones para cada padecimiento.

La Salud Mental en México, evolución pasada y actual

Un revisión somera de la historia de la Salud Mental en nuestro país pone de relieve dos 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 explican por la necesidad de emplear los recursos de la Salud Pública en problemas considerados más urgentes. (De la Fuente R, citado por Medina Mora, 1997)

Época prehispánica	Los aztecas reconocieron y nombraron los desórdenes mentales más severos, e incluso practicaron trepanaciones de cráneos con fines mágico-terapéuticos.
Época colonial	México tomó bajo su cuidado a los dementes que mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles.
1566	Fundación de San Hipólito por Fray Bernardino Álvarez Herrera, primer hospital en el continente dedicado al cuidado de enfermos mentales.
1698	José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador.
1794	Se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén.
1860	En Monterrey se fundó el Hospital Civil, dentro del cual se dedicó a los enfermos mentales una sección.
1898	Se estableció el Manicomio Estatal en Orizaba, Veracruz; Se abrió el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Tlalpan.
1905	Se inauguró la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan, Jalisco.
1910	Abrió sus puertas el hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. Porfirio Díaz inaugura en terrenos de la Hacienda "La Castañeda", en Mixcoac, en la Ciudad de México. En la década de los años veinte se fundó el pabellón de niños en ese hospital.
1930	Se abrieron sanatorios privados como el del Doctor Samuel Ramírez Moreno que cerró en 1961 y el Sanatorio Floresta, del Doctor Alfonso Millán.
1942	Se creó el servicio de psiquiatría del Hospital Español en la Ciudad de México, con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos.
1947-1951	El Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia desarrolló y esbozó el primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales así como para promover la Salud Mental.

La Salud Mental en México, evolución pasada y actual

1952	Se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud.
1964	Abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría, en 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron.
1964-1970	Cierra el manicomio de “La Castañeda” y se crean seis recintos hospitalarios especializados; se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3 030 camas para atención psiquiátrica especializada
1970-1976	La SSA mantuvo la Dirección de Salud Mental, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de Salud Mental integrados a Centros de Salud. Asimismo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inauguró el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud; y en 1972 se crea el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF).
1976-1982	La unidad orgánica responsable fue la Dirección General de Salud Mental; en 1978 se crea el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAN) en sustitución del CEMEF; para 1979 se da la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría; se fortalecieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ).
1986	Se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones.
1980-1982	El Instituto Mexicano de Psiquiatría desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados, uno de estos programas se puso en operación en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
1982-1988	Se deroga el Código Sanitario y se expide la Ley General de Salud. Los servicios de psiquiatría y salud mental que hasta entonces dependían operativamente de la Dirección General de Salud Mental, se transfirieron a las autoridades estatales de salud.
1988-1994	Se aportan recursos que permiten remodelar y equipar parcialmente a 20 hospitales especializados públicos y se crean dos nuevos servicios hospitalarios. Una acción relevante de este período fue el establecimiento, por gestión del Secretario de Salud, de un cuerpo colegiado ex profeso para impulsar los servicios especializados: la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental.
1995-2000	Se elaboró la Norma Oficial Mexicana O25 para la prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátrica. En 1996 se inauguró en Ayala Morelos, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) y en 1997 la creación de la Coordinación de Salud Mental (COORSAME).
2000	Creación del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, sustituyendo a la Coordinación de Salud Mental. El Instituto Mexicano de Psiquiatría cambia su nombre a Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
2001	Creación del programa de Acción en Salud Mental.

Fuente: Programa de Acción en Salud mental 2001-2006.

La Salud Mental en México, 1997.

Para poder entender el impacto de los trastornos mentales y conocer el panorama de Salud Mental en una población en este caso la Población Mexicana, es importante mencionar y describir a la misma; dar una descripción demográfica de la población en riesgo para, así poder entender de manera más clara y dentro de un contexto delimitado el impacto de un componente tan importante como lo es la Salud Mental.

Si bien es cierto que casi cualquier persona puede padecer un trastorno mental, el riesgo de sufrir enfermedades mentales se incrementa en ciertos grupos, entre otros, aquellos que viven en pobreza extrema, los desempleados, las personas con bajos niveles de instrucción, las víctimas de violencia, los migrantes, refugiados, 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. Así mismo los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres 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.

Existe una serie de fenómenos surgidos a partir de las crisis económicas recurrentes en los últimos años, que han generado una dinámica social que limita el acceso pleno a los diversos satisfactores sociales y que han incrementado el número de personas con carencias fundamentales: familiares, de salud, económicas, educativas, etcétera y que se ven reflejados en diversos contextos de la realidad nacional (Programa de acción en Salud Mental).

De esta manera la vulnerabilidad social es la condición de las familias o personas que debido a su edad, género, origen étnico o limitaciones físicas presentan mayores riesgos en su salud, en su integridad física, mental o moral y en su desarrollo como personas plenas, que al hacerse presentes en determinados grupos los convierte en vulnerables. Se ha considerado la pobreza y la exclusión social como resultado de las fallas estructurales de la sociedad que marginan a las personas, sustrayéndoles oportunidades para una vida mejor, para su acceso a la justicia y el disfrute de sus derechos sociales (Programa de Acción en Salud Mental).

III. Sistema Nacional de Salud

El Programa de Acción en Salud Mental propone un cambio radical en la atención a los problemas de Salud Mental, ya que es la primera ocasión en el país que se adopta un enfoque integral, coordinado y con cobertura a todos los grupos de la población. Dentro del Programa se contempla la elaboración de nueve programas específicos: depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre y Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental. La razón de concentrarse en estos padecimientos es que representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población mexicana.

Estos programas tendrán un carácter normativo y rector para todas las instancias del Sistema Nacional de Salud. Con los Organismos Públicos de Seguridad Social y los Servicios Estatales de Salud, así como con otras instancias del Gobierno Federal, se promoverán convenios en el marco de los Acuerdos de Coordinación que establecerá la Secretaría de Salud, con las instituciones privadas y grupos organizados de la sociedad se trabajará conjuntamente bajo esquemas de concertación.

El área central de los Servicios de Salud Mental tiene como función principal: normar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención psiquiátrica, neurológica y de rehabilitación psicosocial, a través de la consolidación de la descentralización de los hospitales psiquiátricos a los gobiernos de las entidades federativas, así como elaborar, proponer y evaluar el Programa de Acción en Salud Mental y los Programas Específicos que de éste emanen, además de otras atribuciones.

Atribuciones de los Servicios de Salud Mental
➤ Conducción pragmática del sector.
➤ Impulso a las tareas de enseñanza e investigación en el ámbito de su competencia.
➤ Normalización de los servicios ofrecidos y los parámetros para la evaluación de unidades psiquiátricas.
➤ Coordinación de las acciones encomendadas a los hospitales psiquiátricos y centros comunitarios de salud mental en el Distrito Federal.

Fuente: Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006.

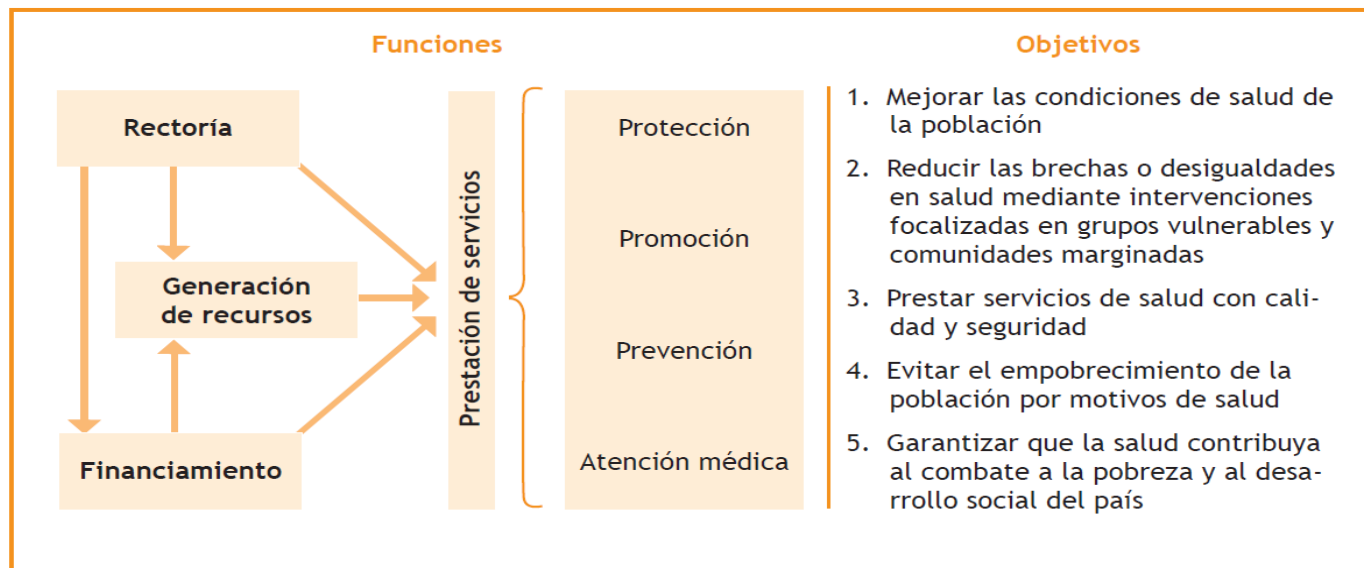
Para la realización de este documento, el Consejo Nacional contra las Adicciones y los Servicios de Salud Mental organizaron cinco foros de Salud Mental y Adicciones de los cuales, los referentes a salud mental se llevaron a cabo en las ciudades de Tijuana, Veracruz, Monterrey, León y Distrito Federal en donde se presentaron un total de 101 ponencias que abarcaron ambos temas; además se recibieron 1 500 sugerencias de la ciudadanía, las cuales fueron tomadas en cuenta para la realización de este programa.

Conclusiones principales de la consulta ciudadana en Salud Mental
Destinar mayores recursos para Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.
Disponer de estudios e investigaciones para conocer el impacto de las intervenciones.
Utilizar modelos preventivos de mayor eficacia en el ámbito educativo.
Disponer de centros regionales de tratamiento vinculados a los sistemas estatales de salud.
Fomentar en la educación formal la prevención de la violencia familiar.
Realizar una campaña nacional y educativa para atender la depresión.
Fomentar la salud mental infantil, estableciendo la definición "niño en riesgo".
Establecer redes estatales para la atención ambulatoria de Salud Mental.

Fuente: Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006.

Una acción fundamental por parte del Programa de Acción en Salud Mental es el desarrollo de una importante labor de sensibilización a la comunidad para disminuir el estigma que por años ha prevalecido en cuanto al enfermo mental, para alcanzar un cambio de actitud en la sociedad, así como lograr una mejor calidad en la atención del enfermo otorgándole el diagnóstico correspondiente asegurando, la posibilidad de medicamentos y protegiendo sus derechos humanos.

Marco conceptual del Programa Nacional de Salud 2007-2012



Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Enmarcado en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* y con una visión prospectiva hacia el 2030, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que cuenta con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción. Este programa es un producto colectivo, se elaboró con la participación de todas las instituciones del Sector Salud, todas las entidades federativas y un amplio número de organizaciones de la sociedad civil. Además recogió las inquietudes de la sociedad a través de los 13 foros de consulta ciudadana y de las comisiones de salud y seguridad social de ambas cámaras del Congreso de la Unión.

Para cumplir con sus objetivos se diseñaron diez estrategias que están orientadas al fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: la rectoría efectiva, el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros. Estas estrategias se desagregan en líneas de acción, las cuales están asociadas a metas que deberán cumplirse en los próximos cinco años.

Dentro de la Estrategia 5 “Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud”, existe una línea de acción llamada “Fortalecer el Sistema Nacional de Atención en Salud Mental” De acuerdo con ésta línea de acción, los crecientes problemas de salud mental que afectan a la población mexicana exigen del desarrollo de modelos innovadores de atención, tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario. Esto requiere de la movilización de mayores recursos para la atención de estos problemas, la formación de personal especializado y el diseño de fórmulas que faciliten la participación de la población en la detección y apoyo de las personas afectadas.

Con el propósito de fortalecer los modelos innovadores de atención a la salud mental se llevarán a cabo las siguientes acciones:

5.9 Fortalecer el Sistema de Nacional de Atención en Salud Mental

- Integrar una red nacional de Salud Mental, conformada por unidades especializadas de atención, organizadas bajo un modelo comunitario.
- Reorganizar y fortalecer la Atención en Salud Mental del sector, para que se brinde atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación especializada de pacientes con trastornos mentales.
- Implantar estructuras de hospitalización, breve como villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales en todas las entidades federativas.
- Instrumentar programas de rehabilitación psicosocial (talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y centros básicos de abasto) dentro y fuera de las unidades hospitalarias (casas de medio camino, cooperativas mixtas, talleres protegidos, departamentos independientes, residencias para adultos mayores).
- Incorporar al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) intervenciones que respondan a las principales necesidades de servicios de Salud Mental.

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Como parte de un amplio ejercicio de perspectiva, en 2030 México aspira a ser un país con desarrollo humano sustentable e igualdad de oportunidades para cumplir con estas tareas y satisfacer de manera adecuada las necesidades de salud de los mexicanos, entre las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud integraron cada una en el ámbito de su competencia diversas estrategias y líneas de acción plasmadas en los Programas de Acción en materia de salud mental, las cuales se desagregan en metas que deberán cumplirse en los próximos seis años y que se describen en cada programa que representan las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 vinculados además a la Estrategia de Prevención y Promoción para una mejor Salud.

El programa se sustenta en los objetivos y estrategias de PND, los cuales se orientan a la satisfacción de las necesidades fundamentales de la población y mejorar las condiciones de salud y la protección a sus derechos humanos para los mexicanos de hoy. Significa también que las oportunidades para las generaciones actuales y futuras puedan ampliarse, y que el desarrollo de hoy no comprometa las siguientes generaciones.

El Programa de Acción, se inscribe dentro de la estrategia orientada a la prevención y atención y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Atención en Salud Mental.

Misión

Lograr que los usuarios de los servicios de Salud Mental de todo el país, reciban una atención médico-psiquiátrica de calidad y con calidez, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la Salud Mental, que posibiliten a un mejor nivel de vida al usuario y a su familia, así como de su reintegración al medio en el que se desarrolla.

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Mental.

Visión

Impulsar la Reforma Psiquiátrica en México, implementando en todas las entidades federativas, las estructuras del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Mental.

Estrategias e Intervenciones a desarrollar en el Programa de Acción				
Nivel de acción	Estrategia	Intervenciones	Método práctico para el desarrollo de las intervenciones	Población a la que está dirigido (estado y grupo de edad)
Universales	1. Mejorar la planeación, organización, cooperación, desarrollo de mecanismos de rendición de cuentas del Sistema Nacional de Salud.	Desarrollo de mecanismos para rendir cuentas al Sistema Nacional en Salud	Planear, organizar, cooperar, desarrollar mecanismos de rendición de cuentas del Sistema Nacional de Salud	Población abierta
Focalizadas	1. Promover campañas de salud mental con las Secretarías de Salud Estatales	Desarrollar campaña de información	Platicas, pósteres, trípticos y folletos sobre diferentes padecimientos	Personas que presentan síntomas de enfermedad mental y familiares.
	2. Crear estructuras de prevención en las diferentes entidades federativas. (UNEMES CISAME)	Negociar con los estados la implementación de estructuras de prevención	Convenios de anexo específicos de transferencia de recursos para la construcción de estructuras de prevención	Personas que presentan síntomas de enfermedad mental
	3. Crear estructuras de hospitalización breve en las diferentes entidades federativas. (Villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales)	Negociar con los estados la implementación de estructuras de hospitalización breve	Convenios de anexo específicos de transferencia de recursos para la construcción de estructuras de hospitalización breve	Personas que desarrollan enfermedad mental y requieren hospitalización
	4. Crear estructuras de reintegración social en las diferentes entidades federativas	Negociar con los estados la implementación de estructuras de reintegración social.	Convenios de anexo específicos de transferencia de recursos para la construcción de estructuras de reintegración social.	Personas que estuvieron hospitalizadas y no cuentan con apoyo para reintegrarse a su medio
	5. Capacitar a todo el personal de unidades de atención médico psiquiátricas que tienen contacto con pacientes	Crear programas de capacitación al personal que labora en las unidades de atención médico psiquiátricas	Proporcionar capacitación al personal médico y paramédico.	Trabajadores de los servicios de salud mental.
	6. Ofrecer atención a la población en cuanto se presenten síntomas de enfermedad mental.	Dar atención en centros, unidades especializadas (UNEME-CISAME) y módulos de consulta externa	Proporcionar atención especializada con calidad y con calidez	Personas que presentan síntomas de enfermedad mental
Dirigidas	1. Implementación de programas específicos en las unidades de atención médico-psiquiátrica.	Desarrollar programas específicos de rehabilitación psicosocial.	Talleres protegidos Salidas terapéuticas Banco de reforzadores	Usuarios de unidades de atención médico-psiquiátricas
	2. Proveer artículos para usuarios en unidades de atención médico-psiquiátricas (programa invierno sin frío)	Recibir requisiciones de unidades de atención médico-psiquiátricas y Adquisición de artículos para el programa invierno sin frío	Licitar Comprar Enviar	Usuarios de unidades de atención médico-psiquiátricas

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Mental.

Objetivo General

Mejorar la condición de salud mental de la población por medio de la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación, por medio de la creación de nuevas estructuras de atención de primer nivel, hospitalización breve y reintegración social, para evitar internamientos en la medida de lo posible y en su caso que estos sean breves y enfocados a potenciar la integración laboral-social de quien la padece.

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Mental.

Objetivos específicos

- Brindar tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario con la creación de nuevas estructuras de prevención, hospitalización breve y reintegración social.
- Favorecer que el usuario se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial (talleres de inducción laboral, banco de reforzadores y salidas terapéuticas) para que logren desenvolverse y manejarse con la mayor autonomía y calidad de vida posible.
- Lograr que todas las estructuras que conforman la red de servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental funcionen con excelencia, calidad, calidez y sean gratuitas.
- Lograr que paulatina y definitivamente se cierren la totalidad de los hospitales psiquiátricos asilares al 2012 para dignificar la atención del enfermo mental en México.

Fuente: Programa de Acción Específico 2007-2012: Salud Mental.

El Consejo Nacional de Salud Mental fue creado el 19 de enero de 2004 como instrumento de la Secretaría de Salud Federal para impulsar la reforma psiquiátrica iniciada en nuestro país a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental y para favorecer la salud mental a lo largo de la vida así como para llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de Salud Mental en todo el país.

Promueve la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el ámbito de la Salud Mental por medio de la creación de nuevas estructuras de atención de primer nivel, hospitalización breve y reintegración social, con un énfasis en los servicios basados en la comunidad.

Impulsa la ejecución de programas específicos de rehabilitación psicosocial en las unidades públicas prestadoras de servicios de Salud Mental en las entidades federativas como: talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas, centros básicos de abasto y programa invierno sin frío que consiste en dotar insumos como pants, chamarras, calzado, toallas, sábanas, cobijas, ropa interior, calcetines, colchones, almohadas, entre otros.

Misión

Proporcionar a los usuarios de todo el país, una atención de calidad y con calidez medico-psiquiátrica, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, que redunden en un mejor nivel de vida del usuario y de la familia, así como de su reintegración al medio en el que se desarrolla.

Fuente: Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME).

Visión

Impulsar la reforma Psiquiátrica en México, implementando en todas las entidades federativas, las estructuras del Modelo Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental

Fuente: Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME).

El panorama de Reforma del Sistema de Salud Mental en el transcurso del tiempo tiende a dar servicios más integrales a través del fomento de intervenciones rehabilitadoras y trabajo comunitario, con el fin de disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización.

La puesta en marcha de la Reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México se debe a la necesidad de crear otros proyectos de proponer nuevos y eficientes modelos de atención en Salud Mental a lo cual responde la Secretaria de Salud del Gobierno Federal que solicita la colaboración de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con Enfermedad Mental I.A.P (Organismo no Gubernamental) para par-ticipar en la propuesta y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental.

Este nuevo modelo contempla la creación de nuevas estructuras de atención y esta basado en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral medico-siquiátrica con calidad y calidez. El modelo ofrece una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social en el área de Salud Mental. Para la realización de este modelo el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales del país, aplican recursos financieros adicionales.

Fue así como el 21 de Noviembre del año 2000 el trabajo conjunto de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con Enfermedad Mental I.A.P., y el Gobierno Federal a través de la Secretaria de Salud, así como el Gobierno del Estado de Hidalgo dio como resultado la inauguración de la Villa Ocaranza y dos casas de medio camino en Pachuca, cerrando así definitivamente las Puertas del Hospital Psiquiátrico Ocaranza, para dar paso al nuevo rostro de la Salud Mental en México: el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Es importante resaltar que la Organización no Gubernamental denominada Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con Enfermedad Mental I.A.P. ha aportado para la creación de este modelo, su experiencia en el campo de la Salud Mental que data del año 1980.

Bases del Modelo:

- ❖ Respeto cabal y absoluto a los derechos humanos de los usuarios.
- ❖ Atención digna, oportuna e integral con calidad y calidez para la población abierta.

Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental

Objetivos generales

Prevenir el riesgo de la marginalización y /o institucionalización psiquiátrica.

Atender a las personas con enfermedad mental, apoyándolas para desarrollar sus recursos personales y facilitándoles la provisión de soportes sociales básicos.

Favorecer en los usuarios la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencia personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en mejores condiciones de autonomía, normalización, integración y calidad de vida.

Posibilitar que los usuarios puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible, facilitando el desempeño de roles sociales.

Potenciar la integración laboral-social del usuario.

Promover la vida independiente de los usuarios ofreciendo el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo posible.

Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.

Sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad mental a través de promoción de la salud mental.

Prevenir el desarrollo de la enfermedad mental mediante una atención oportuna y un tratamiento adecuado cuando se presentan los primeros síntomas de padecimiento.

Hacer convenios con Organizaciones no gubernamentales para la implementación de programas comunitarios que faciliten la reintegración social de los usuarios.

Apoyar a los Comités Ciudadanos para favorecer el mejor desempeño de sus funciones.

Objetivos específicos

Brindar tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario.

Favorecer que el usuario se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial.

Establecer comunicación y formalizar acuerdos con dependencias para el trabajo del usuario que así lo desee en la comunidad.

Establecer mecanismos de apoyo y seguimiento al usuario en el medio al que se integre.

Lograr que todas las estructuras que conforman la Red de Servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental funcionen con excelencia, calidad y calidez y sean gratuitas para los usuarios.

Lograr que paulatina y definitivamente se cierren los hospitales psiquiátricos asilares.

Que los trabajadores de salud mental que laboren dentro de alguna de las estructuras de la red de servicios cuenten con reconocimiento y estímulos especiales de parte de las autoridades competentes.

Que en todas las estructuras de la Red de Servicios se genere un ambiente de amabilidad y eficiencia, y se respeten los derechos humanos de los usuarios.

Que los estados de la República donde se implemente el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental mantengan comunicación permanente sobre el funcionamiento del Modelo con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.

Uno de los objetivos principales del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental es promover la rehabilitación de las personas recluidas en hospitales psiquiátricos para usuarios con padecimientos crónicos y apoyarlas en su regreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles.

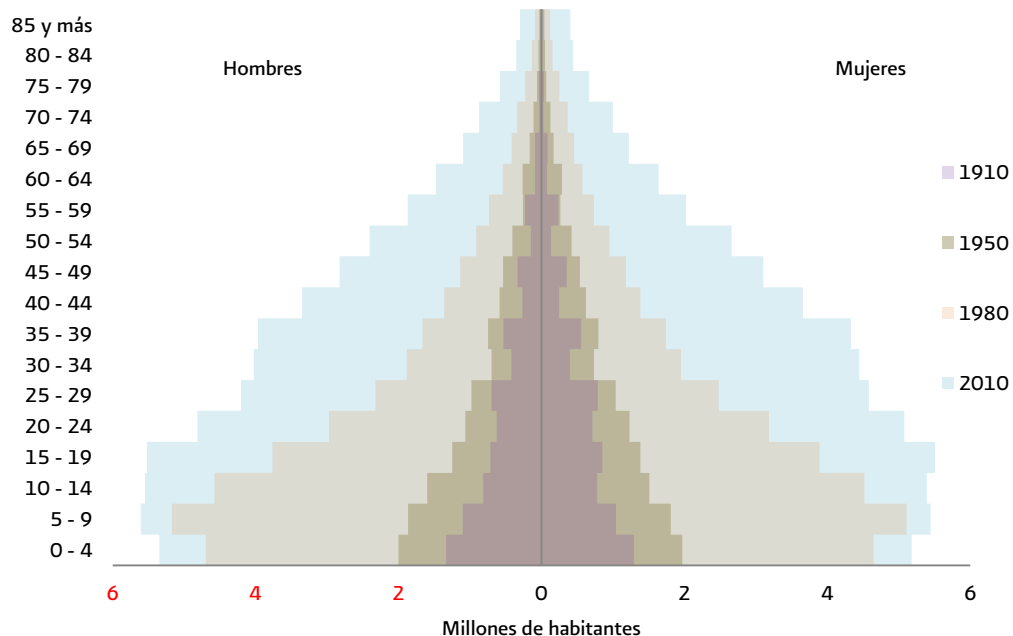
La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral médico-psiquiátrica, está constituida por elementos y criterios básicos y necesarios para cumplir con su objetivo dándole así su carácter normativo.

1. *Objetivo:* Uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.
2. *Campo de aplicación:* de aplicación obligatoria en todas las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.
3. *Definiciones:* Constituye 10 definiciones básicas para la aplicación y comprensión de la Norma.
4. *Disposiciones Generales:* Son actividades inherentes a los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica.
5. *Actividades preventivas:* Son todas aquellas actividades preventivas que se llevaran acabo dentro de los espacios intra y extrahospitalarios.
6. *Actividades curativas:* Se refiere a todas aquellas actividades curativas propias de los enfermos mentales.
7. *Actividades de rehabilitación integral:* Las actividades de rehabilitación se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales comprenderán.
8. *Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios:* Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica el usuario tiene una serie de derechos que son irrefutables.
9. *Obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica:* El personal de las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberá tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.
10. *Enseñanza, capacitación e investigación científica.*
11. *Concordancia con normas internacionales:* Norma tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental".

IV. Población de México

Dinámica poblacional de México, 1910-2010

Distribución de la población en México, 1910, 1950, 1980 y 2010



Fuente: INEGI. Censos de población y vivienda.

Composición por edad y sexo, 2010

Población total	112 336 538
Hombres	54 855 231
Mujeres	57 481 307
Relación hombres-mujeres ¹	95.4
Edad mediana ²	26
Razón de dependencia por edad ³	55.2

¹ Hay 95 Hombres por cada 100 mujeres.

² La mitad de la población es menor de 26 años.

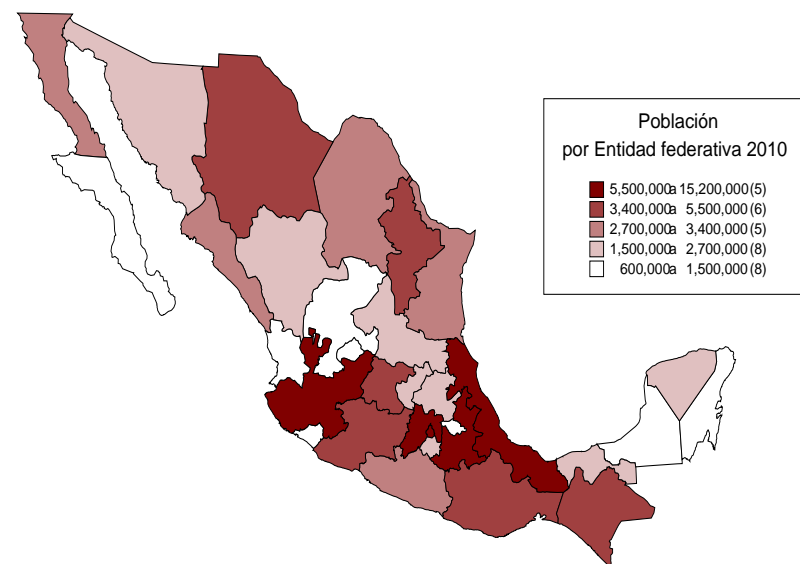
³ Por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 55 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años).

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010, México cuenta con un total de 112 336 538 millones de habitantes, de los cuales 57.4 millones corresponden a población femenina y 54.8 a población masculina, superando en casi 4 millones las estimaciones hechas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2005. Es importante hacer mención que México atraviesa por la llamada transición demográfica en la cual, la estructura poblacional a pesar de ir en aumento va cambiando su configuración en cuanto a las tasas de natalidad y mortalidad con una tendencia hacia la baja. En los últimos 100 años la población mexicana ha crecido de manera considerable, de 13.5 a 112.3 millones de habitantes, mostrando su mayor incremento de 1950 a 1980; un aspecto de éste último período, es la estructura por edades que muestra la población, en donde la base de la misma corresponde a las edades más jóvenes, este efecto se ha ido invirtiendo ya que para 2010 se puede observar un ensanchamiento de la población en lo correspondiente a edades más adultas mostrando así la transición de la población.

Distribución de la población por Entidad Federativa, 2010

Distribución de la población por Entidad Federativa y sexo. 2010				
Entidad Federativa	Población Total	Hombres	Mujeres	Relación hombres-mujeres
Aguascalientes	1 184 996	576 638	608 358	94.8
Baja California	3 155 070	1 591 610	1 563 460	101.8
Baja California Sur	637 026	325 433	311 593	104.4
Campeche	822 441	407 721	414 720	98.3
Coahuila	2 748 391	1 364 197	1 384 194	98.6
Colima	650 555	322 790	327 765	98.5
Chiapas	4 796 580	2 352 807	2 443 773	96.3
Chihuahua	3 406 465	1 692 545	1 713 920	98.8
Distrito Federal	8 851 080	4 233 783	4 617 297	91.7
Durango	1 632 934	803 890	829 044	97.0
Guanajuato	5 486 372	2 639 425	2 846 947	92.7
Guerrero	3 388 768	1 645 561	1 743 207	94.4
Hidalgo	2 665 018	1 285 222	1 379 796	93.1
Jalisco	7 350 682	3 600 641	3 750 041	96.0
México	15 175 862	7 396 986	7 778 876	95.1
Michoacán	4 351 037	2 102 109	2 248 928	93.5
Morelos	1 777 227	858 588	918 639	93.5
Nayarit	1 084 979	541 007	543 972	99.5
Nuevo León	4 653 458	2 320 185	2 333 273	99.4
Oaxaca	3 801 962	1 819 008	1 982 954	91.7
Puebla	5 779 829	2 769 855	3 009 974	92.0
Querétaro	1 827 937	887 188	940 749	94.3
Quintana Roo	1 325 578	673 220	652 358	103.2
San Luis Potosí	2 585 518	1 260 366	1 325 152	95.4
Sinaloa	2 767 761	1 376 201	1 391 560	98.9
Sonora	2 662 480	1 339 612	1 322 868	101.3
Tabasco	2 238 603	1 100 758	1 137 845	96.7
Tamaulipas	3 268 554	1 616 201	1 652 353	97.8
Tlaxcala	1 169 936	565 775	604 161	93.6
Veracruz	7 643 194	3 695 679	3 947 515	93.6
Yucatán	1 955 577	963 333	992 244	97.1
Zacatecas	1 490 668	726 897	763 771	95.2
Estados Unidos Mexicanos	112 336 538	54 855 231	57 481 307	95.4



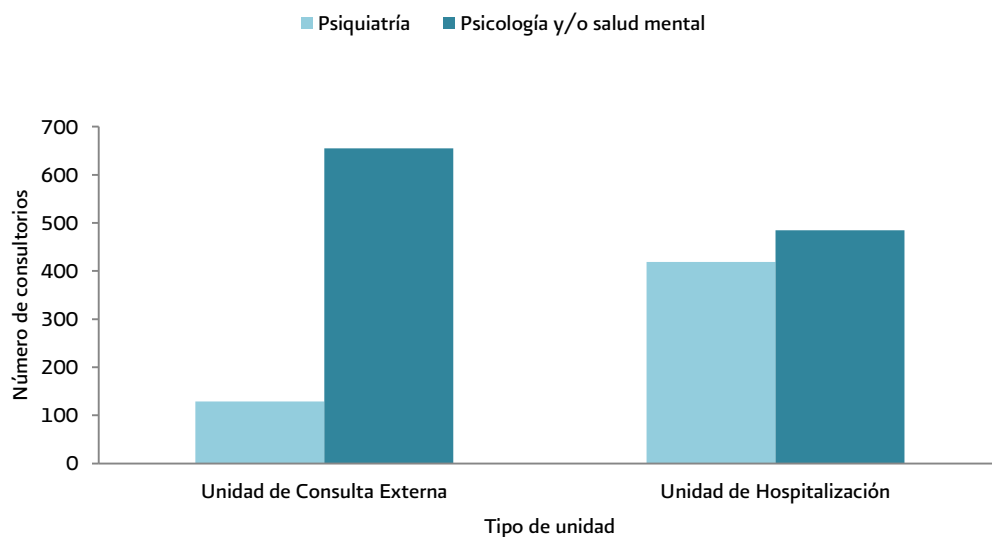
Los datos arrojados por el censo de población y vivienda 2010, nos muestra que la entidad con mayor población dentro de todo el territorio nacional es México, con 15.1 millones de habitantes seguido del Distrito Federal con 8.8 millones y Veracruz con 7.6 millones de habitantes por el contrario, Baja California Sur, Colima y Campeche son las entidades con menos de un millón de habitantes. La relación hombre-mujer nos muestra que a nivel nacional hay 95 hombres por cada 100 mujeres, sin embargo en lo particular, entidades como Baja California, Baja California Sur, Quintana Roo y Sonora muestran un relación hombre-mujer de 101.8, 104.4, 103.2 y 101.3 hombres por cada 100 mujeres respectivamente.

V. Servicios de Atención en Salud Mental

Total de consultorios de psiquiatría, psicología y/o Salud Mental por tipo de unidad, SSA 2009				
Recursos	Especialidad	Tipo de unidad		Total general
		Unidad de Consulta Externa	Unidad de Hospitalización	
Total de consultorios	Psiquiatría	129	419	548
	Psicología y/o salud mental	655	485	1 140
	Total	784	904	1 688

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Total de consultorios de psiquiatría, psicología y/o Salud Mental por tipo de unidad. SSA 2009

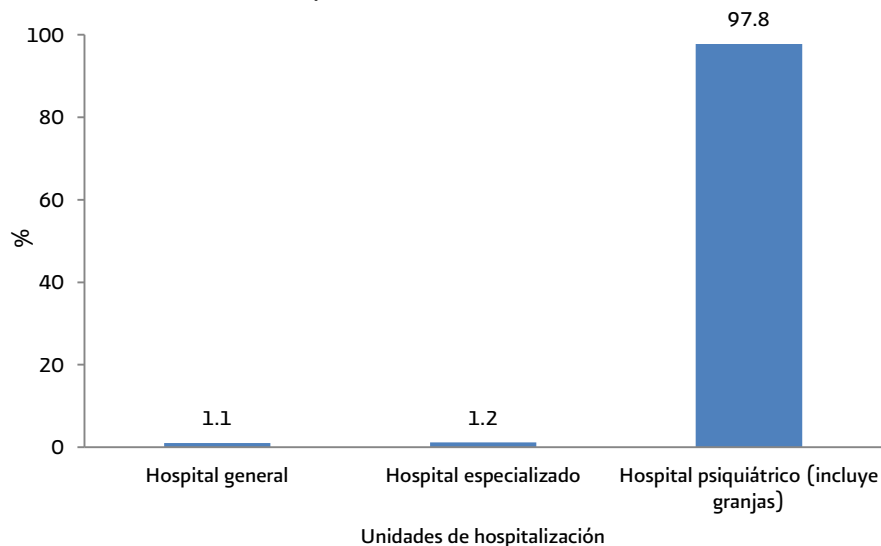


Es interesante observar como tanto en unidades de consulta externa como de hospitalización la proporción de consultorios de Psicología y Salud Mental es mayor que la de Psiquiatría. Sin embargo esto no es motivo de conflicto ya que ambas disciplinas se encuentran dentro del mismo campo de conocimiento.

Por otra parte en lo que corresponde a unidades de hospitalización no existe gran diferencia; esto se debe en mayor medida a que la Psiquiatría va más relacionada con el tratamiento de pacientes psiquiátrico a nivel de internación de los mismos, sobre todo en pacientes que presentan trastornos muy graves que requieren atención constante.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Proporción de camas censables del servicio de psiquiatría en unidades de hospitalización de las SSA, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

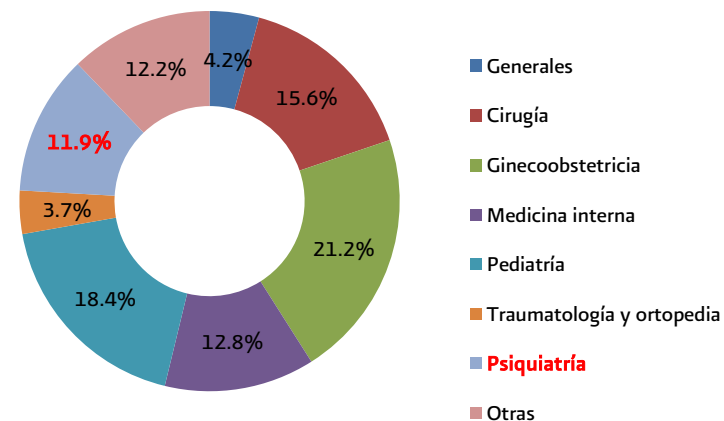
Del total de camas censables para el servicio de psiquiatría dentro de la Secretaría de Salud el 97.8% se encuentran dentro de los hospitales psiquiátricos con un total de 4 074; el otro 2.3 % se encuentra dentro de los hospitales generales y los hospitales especializados.

El porcentaje de camas censables destinada para Psiquiatría dentro de la Secretaría de Salud es del 11.9% por encima de Medicina General 4.2%, Traumatología y Ortopedia 3.7%.

Total de camas censables del servicio de psiquiatría en unidades de hospitalización de la SSA, 2009	
Unidad de hospitalización	Camas censables
Hospital general	44
Hospital integral	0
Hospital especializado	48
Hospital psiquiátrico (incluye granjas)	4 074
Total	4 166

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Proporción de camas censables del servicio de Psiquiatría en relación a los demás servicios en unidades de hospitalización de la SSA, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Psiquiatras y psicólogos en unidades médicas de las Secretaría de Salud por Entidad Federativa. 2009

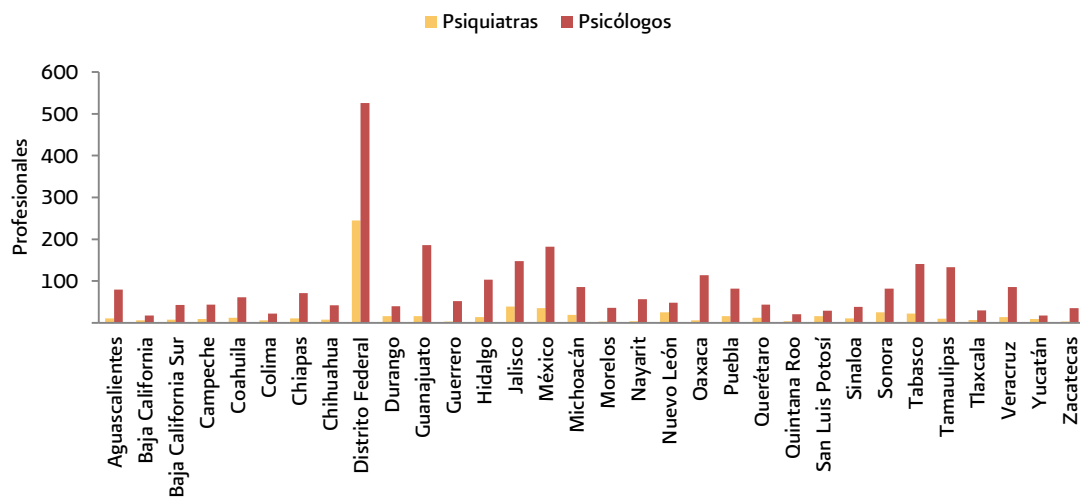
Total de Psiquiatras y de Psicólogos en unidades médicas* de la SSA por Entidad Federativa, 2009			
Entidad Federativa	Psiquiatras	Psicólogos	Razón** psiquiatra/psicólogo
Aguascalientes	11	80	13.8
Baja California	6	18	33.3
Baja California Sur	8	43	18.6
Campeche	9	44	20.5
Coahuila	12	61	19.7
Colima	6	22	27.3
Chiapas	11	71	15.5
Chihuahua	8	42	19.0
Distrito Federal	245	526	46.6
Durango	16	40	40.0
Guanajuato	16	186	8.6
Guerrero	3	52	5.8
Hidalgo	14	103	13.6
Jalisco	39	148	26.4
México	35	182	19.2
Michoacán	19	86	22.1
Morelos	3	36	8.3
Nayarit	4	57	7.0
Nuevo León	25	48	52.1
Oaxaca	6	114	5.3
Puebla	16	82	19.5
Querétaro	12	44	27.3
Quintana Roo	4	21	19.0
San Luis Potosí	16	29	55.2
Sinaloa	11	38	28.9
Sonora	25	82	30.5
Tabasco	22	141	15.6
Tamaulipas	10	133	7.5
Tlaxcala	7	30	23.3
Veracruz	14	86	16.3
Yucatán	9	18	50.0
Zacatecas	3	35	8.6
Nacional	645	2 698	23.9

*Incluye unidades de consulta externa y hospitalización de la SSA.

**Es el cociente del número del psiquiatras entre el numero de psicólogos multiplicado por 100.

Fuente: DGIS. Recursos SSA.

Total de Psiquiatras y Psicólogos en unidades médicas de la SSA por Entidad Federativa, 2009



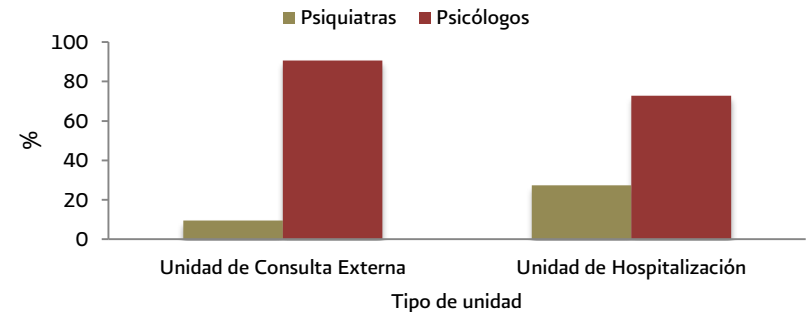
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Al hacer el desagregado por Entidad Federativa, se observa que de manera general y en cada una de éstas, hay más psicólogos que psiquiatras en las unidades médicas de las Secretaría de Salud. La relación psiquiatra/psicólogo a nivel nacional es del 23.9, esto quiere decir que hay 24 psiquiatras por cada 100 psicólogos, lo cual habla de un predominio absoluto de psicólogos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud. Entidades como Guerrero, Nayarit y Tamaulipas presentan la proporción más desigual de psiquiatras respecto a psicólogos. Un punto importante a destacar es que a pesar de ser sólo cifras de la SSA, el número total de profesionales de la Salud Mental a nivel nacional es bajo, esto puede tener repercusiones directamente en la población, por lo cual es necesario fomentar el desarrollo de recursos humanos capaces y suficientes para los problemas de Salud Mental que atañen a nuestro país.

Total de médicos psiquiatras y psicólogos en contacto con el paciente por tipo de unidad en la SSA, 2009			
Profesionales	Tipo de unidad		Total general
	Unidad de Consulta Externa	Unidad de Hospitalización	
Psiquiatras	141	504	645
Psicólogos	1 356	1 342	2 698
Total	1 497	1 846	3 343

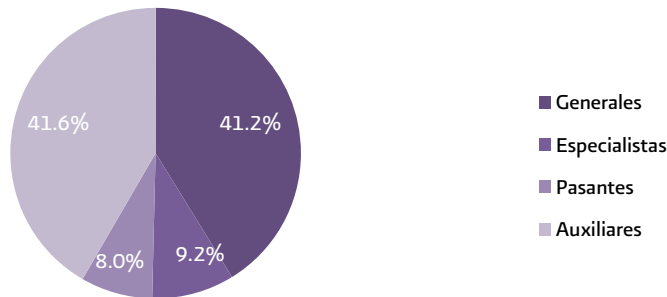
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Psiquiatras y Psicólogos en contacto con el paciente por tipo de unidad en la SSA, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Personal de enfermería en contacto con el paciente en hospitales psiquiátricos de la SSA, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Personal de enfermería en contacto con el paciente en hospitales psiquiátricos (incluye granjas) de la SSA, 2009		
Tipo de enfermeros	Personal de enfermería	%*
Generales	1 036	41.2
Especialistas	231	9.2
Pasantes	201	8.0
Auxiliares	1 047	41.6
Total	2 515	100.0

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Recursos Secretaría de Salud (SSA).

Es interesante observar como la proporción de psicólogos en relación a la de psiquiatras en contacto con el paciente es mucho mayor tanto en unidades de consulta externa como de hospitalización. Si bien es cierto que hay menos psiquiatras en consulta externa que en hospitalización el total de éstos queda muy por debajo del total de Psicólogos en ambos tipos de unidades. En cuanto al personal de enfermería dentro de los hospitales y granjas psiquiátricas se observa un predominio de enfermeros generales y auxiliares con un 83% y el 17% restantes corresponde a enfermeros especialistas y pasantes de enfermería.

Unidades médicas de Salud Mental y Psiquiatría por institución y tipo de unidad, 2011

Tipo de unidad	Subtipología	SSA	IMSS	IMSS-OP	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	PEMEX
Unidad de Consulta Externa	Clínica de especialidades-Centro Integral de Salud Mental	1	0	0	0	0	0	0
	Clínica de especialidades-Clínica de Especialidades de Atención a las Adicciones, Desintoxicaciones y Toxicología	9	0	0	0	0	0	0
	Clínica de especialidades-Clínica de Especialidades de Salud Mental	13	0	0	0	0	0	0
	Unidad de Especialidades Médicas (UNEMES)-UNEMES de Adicciones, CAPA, Nueva Vida	290	0	0	0	0	0	0
	Unidad de Especialidades Médicas (UNEMES)-UNEMES de Salud Mental	30	0	0	0	0	0	0
	<i>Total</i>		343	0	0	0	0	0
Unidad de Hospitalización	Hospital especializado-Institutos Nacionales de Psiquiatría	1	0	0	0	0	0	0
	Hospital Psiquiátrico -Servicios de Atención Psiquiátrica	3	0	0	0	0	0	0
	<i>Total</i>	4	0	0	0	0	0	0
<i>Total general</i>		347	0	0	0	0	0	0

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Unidades Médicas Sistema Nacional de Salud (SNS).

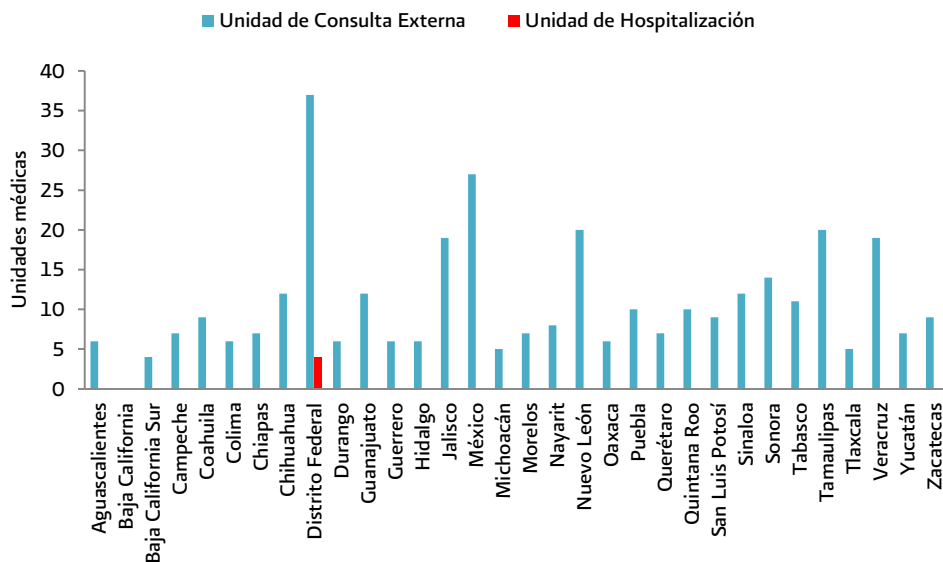
De acuerdo a los datos arrojados por el Sistema Nacional de Salud, existen en funcionamiento 347 unidades de Salud Mental y Psiquiatría tanto de consulta externa como de hospitalización. Del total de estas, 343 son unidades de consulta externa que incluye: Clínicas de Especialidades y Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) tanto de salud mental como de atención a las adicciones. Por otra parte el total de unidades de hospitalización son 4, teniendo el Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente» y los Hospitales Psiquiátricos «Dr. Samuel Ramírez Moreno», «Dr. Juan N. Navarro» y «Fray Bernardino Álvarez».

Un dato interesante a señalar es que todas las unidades anteriormente mencionadas pertenecen a la Secretaría de Salud, al hacer el desglose por institución se observa que en el resto del Sector Salud no existen unidades de Salud Mental y Psiquiatría. Esto no quiere decir que en las demás instituciones no se atiendan problemas de Salud Mental o que no existan, el servicio o consultorios de atención en Salud Mental.

Nota: Es importante señalar que el IMSS y el ISSSTE a pesar de no contar con unidades médicas exclusivamente dedicadas a la atención en Salud Mental, dentro de sus unidades médicas si existe el servicio de Salud Mental, Psicología ó Psiquiatría por ende si se da atención en esos rubros.

Unidades médicas de Salud Mental y Psiquiatría por tipo de unidad según Entidad Federativa, 2011

Total de unidades médicas* de Salud Mental y Psiquiatría por tipo de unidad según Entidad Federativa, 2011



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Unidades Médicas Sistema Nacional de Salud (SNS).

A excepción de Baja California, el resto de las Entidades tienen unidades de salud mental y psiquiatría, sin embargo sólo el Distrito Federal tiene el total de unidades de hospitalización, aquellas mencionados en la lámina anterior, lo cual habla un poco de la centralización de los servicios de Salud Mental, este fenómeno se observa de igual forma en las unidades de consulta externa en donde el D.F. presenta el mayor número, seguido por México, Nuevo León y Tabasco.

Como se mencionó anteriormente todas las unidades pertenecen a la Secretaría de Salud.

Total de unidades médicas* de Salud Mental y Psiquiatría por tipo de unidad según Entidad Federativa			
Entidad	Unidad de Consulta Externa	Unidad de Hospitalización	Total
Aguascalientes	6	0	6
Baja California	0	0	0
Baja California Sur	4	0	4
Campeche	7	0	7
Coahuila	9	0	9
Colima	6	0	6
Chiapas	7	0	7
Chihuahua	12	0	12
Distrito Federal	37	4	41
Durango	6	0	6
Guanajuato	12	0	12
Guerrero	6	0	6
Hidalgo	6	0	6
Jalisco	19	0	19
México	27	0	27
Michoacán	5	0	5
Morelos	7	0	7
Nayarit	8	0	8
Nuevo León	20	0	20
Oaxaca	6	0	6
Puebla	10	0	10
Querétaro	7	0	7
Quintana Roo	10	0	10
San Luis Potosí	9	0	9
Sinaloa	12	0	12
Sonora	14	0	14
Tabasco	11	0	11
Tamaulipas	20	0	20
Tlaxcala	5	0	5
Veracruz	19	0	19
Yucatán	7	0	7
Zacatecas	9	0	9
Total general	343	4	347

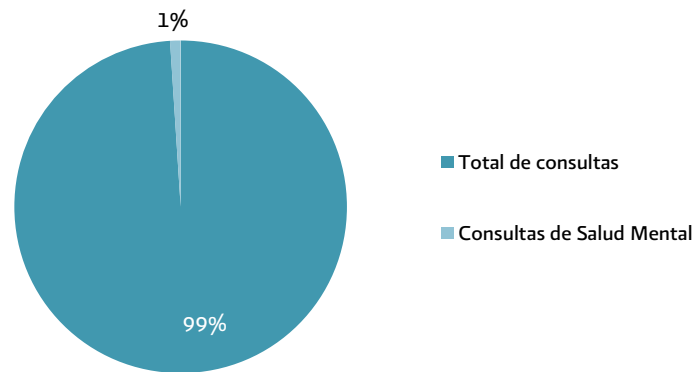
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Unidades Médicas Sistema Nacional de Salud (SNS).

Consultas otorgadas en Salud Mental, Secretaría de Salud 2009

La información referente a los Servicios de Salud fue obtenida del Sistema de Información en Salud (SIS), de la base de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), que para el año 2009 corresponden solamente a datos de la Secretaría de Salud.

Para las consultas otorgadas en el área de Salud Mental de la Secretaría de Salud en el año 2009, se muestra que el porcentaje que ocupan las consultas de Salud Mental respecto al total de consultas representan el 1.0%. La gráfica circular inferior simboliza la proporción que cubren las consultas de Salud Mental. Ambas están especificadas por el tipo de consulta, para la primera vez se cuenta con 394 293 y en las consultas subsecuentes hay 750 081. En la gráfica de pastel inferior derecha se observa que la proporción de las consultas de primera vez es de 34%, y el 66% le pertenece a las subsecuentes.

Total de consultas otorgadas en Salud Mental, Secretaría de Salud 2009



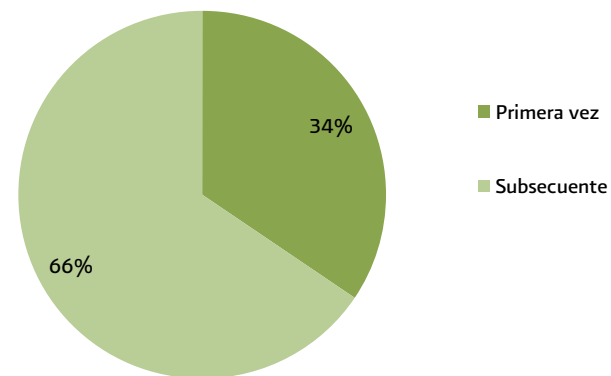
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Consultas otorgadas en Salud Mental, Secretaría de Salud 2009			
Tipo de consulta	Total de consultas	Consultas de Salud Mental	%*
Primera vez	48 940 445	394 293	0.8
Subsecuente	61 231 598	750 081	1.2
Total	110 172 043	1 144 374	1.0
Índice de subsecuencia	1.3	1.9	-

*Porcentaje de consultas de Salud Mental respecto al total de consultas.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Proporción de consultas otorgadas de Salud Mental de primera vez y subsecuentes, Secretaría de Salud 2009



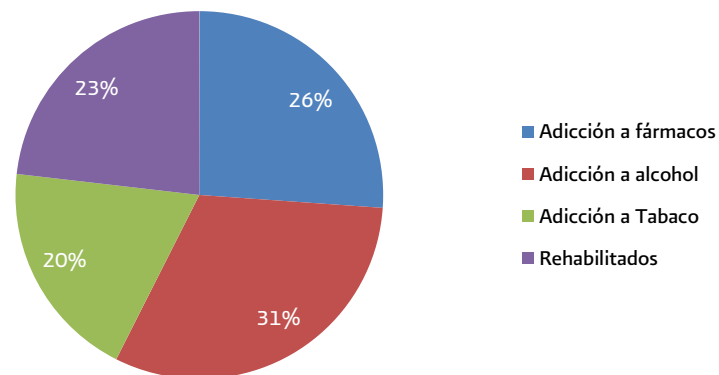
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Atención otorgada en Salud Mental según sexo, Secretaría de Salud 2009			
Tipo de atención	Hombres	Mujeres	Total
Adicción a fármacos	7 769	5 183	12 952
Adicción a alcohol	8 657	6 882	15 539
Adicción a Tabaco	4 552	5 048	9 600
Rehabilitados	5 236	6 258	11 494
Total	26 214	23 371	49 585

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

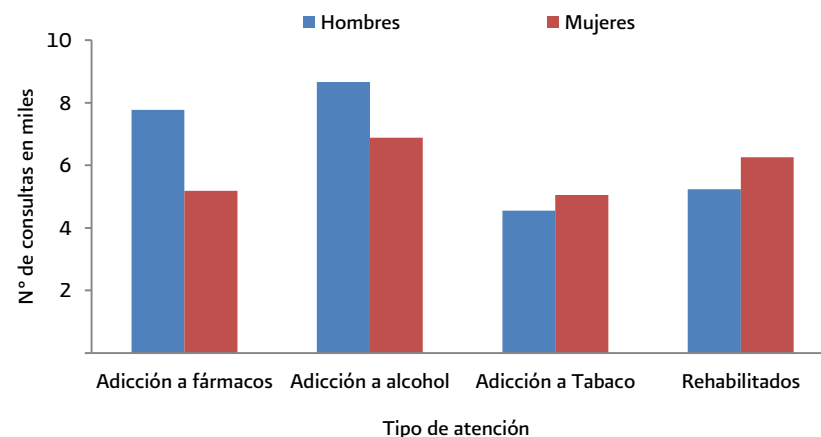
En cuanto a la atención otorgada en Salud Mental en el año 2009 se encuentra que distinguiendo por tipo de atención, adicción al alcohol abarca un 31%, en comparación con las demás adicciones. En la gráfica de barras por sexo, se observa claramente que existe un mayor registro en la atención por adicción al alcohol en hombres que en mujeres, igualmente en la adicción en fármacos. Sin embargo, en adicción al tabaco y personas rehabilitadas las mujeres rebasan en número a los hombres. El total de atenciones en la Secretaría de Salud en hombres es de 26 214 y para mujeres 23 371.

Atención otorgada en Salud Mental,
Secretaría de Salud 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

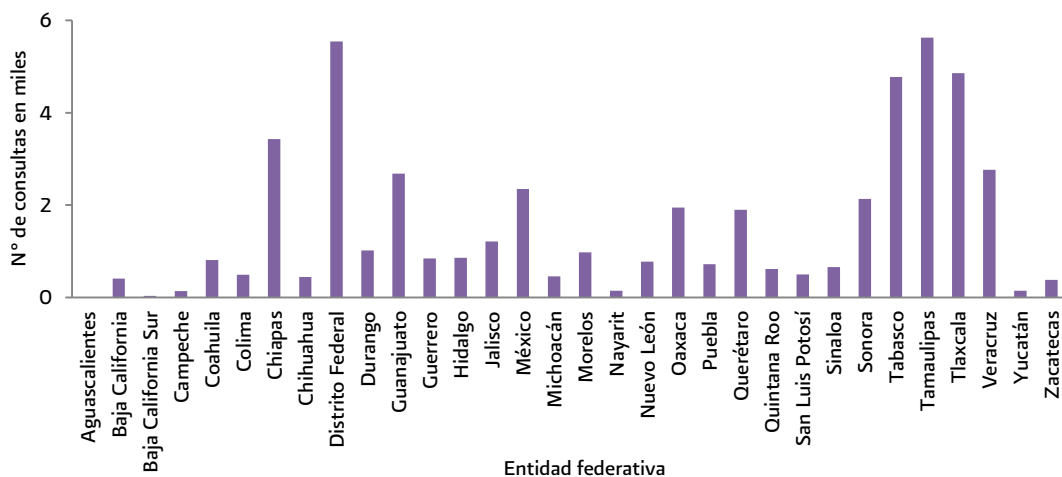
Atención otorgada en Salud Mental según sexo,
Secretaría de Salud 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Los datos de Atención en Salud Mental arrojados por la Secretaría de Salud en 2009 muestran que el total general es de 49 585, ocupando el primer sitio el estado de Tamaulipas, con un registro de 5 629, seguido del Distrito Federal 5 543. Además de estas entidades, los estados que mantuvieron un alto número en el registro de atención en Salud Mental son: Tlaxcala, Tabasco, Chiapas y Veracruz. La entidad federativa en la que no se reportó ningún registro de atención es Aguascalientes.

Atención en Salud Mental por entidad federativa, Secretaría de Salud 2009



Atención en Salud Mental por entidad federativa, Secretaría de Salud 2009	
Entidad federativa	Total
Aguascalientes	0
Baja California	406
Baja California Sur	33
Campeche	135
Coahuila	807
Colima	487
Chiapas	3 429
Chihuahua	444
Distrito Federal	5 543
Durango	1 020
Guanajuato	2 678
Guerrero	843
Hidalgo	855
Jalisco	1 211
México	2 345
Michoacán	454
Morelos	975
Nayarit	141
Nuevo León	771
Oaxaca	1 949
Puebla	718
Querétaro	1 896
Quintana Roo	613
San Luis Potosí	495
Sinaloa	657
Sonora	2 135
Tabasco	4 773
Tamaulipas	5 629
Tlaxcala	4 856
Veracruz	2 763
Yucatán	147
Zacatecas	377
Total general	49 585

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

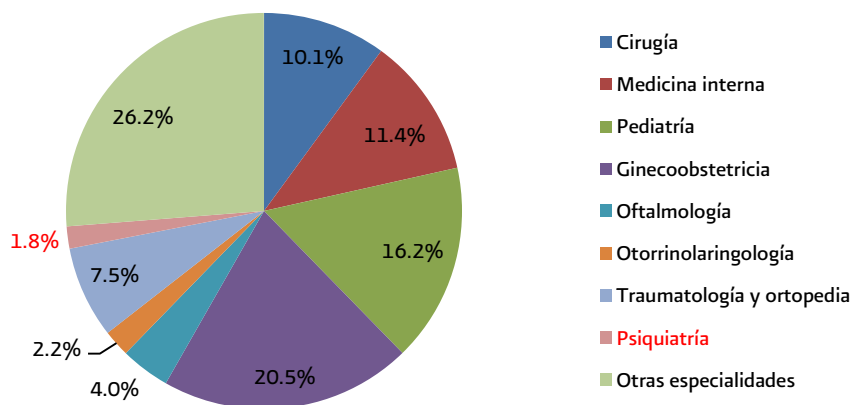
Consultas otorgadas por especialidad, Secretaría de Salud 2009

Consultas otorgadas por especialidad, Secretaría de Salud 2009				
Tipo de especialidad	Primera vez	Subsecuente	Total	%
Cirugía	410 847	844 019	1 254 866	10.1
Medicina interna	396 965	1 028 640	1 425 605	11.4
Pediatría	987 556	1 030 124	2 017 680	16.2
Ginecoobstetricia	820 451	1 740 373	2 560 824	20.5
Oftalmología	199 322	303 938	503 260	4.0
Otorrinolaringología	122 692	149 266	271 958	2.2
Traumatología y ortopedia	338 093	595 905	933 998	7.5
Psiquiatría	52 821	173 002	225 823	1.8
Otras especialidades	1 260 284	2 009 555	3 269 839	26.2
Total	4 589 031	7 874 822	12 463 853	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

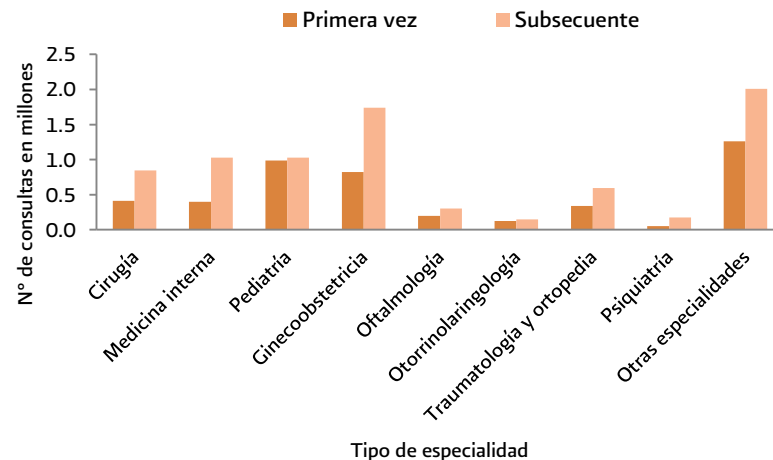
En los datos de consultas otorgadas por especialidad en la Secretaría de Salud en el año 2009, se muestra que la información está clasificada a detalle por tipo de especialidad (Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Psiquiatría y Otras especialidades) en la que el mayor porcentaje de consultas lo ocupa la Ginecoobstetricia con 20.5% del total de ellas. Otras especialidades reportan tener el 26.2%. La gráfica inferior indica si la consulta es de primera vez o subsecuente, en general existe una gran diferencia en todas las especialidades, sin embargo, en Pediatría y en Otorrinolaringología el tipo de consulta es muy parejo.

Consultas otorgadas por especialidad, Secretaría de Salud 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Consultas otorgadas por especialidad, Secretaría de Salud 2009

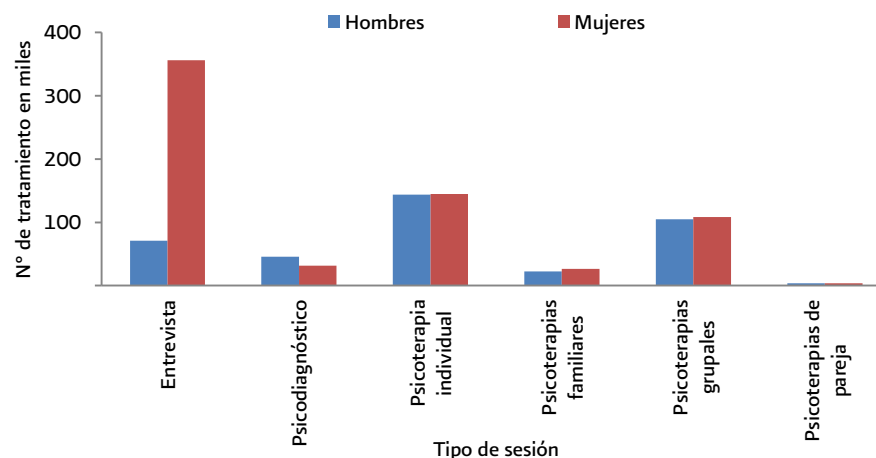


Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Tipo de sesiones de Psicología en hospital psiquiátrico según sexo, 2009

Dentro de las sesiones de psicología en el hospital psiquiátrico en 2009 se encuentran: la entrevista, el psicodiagnóstico, la psicoterapia individual, psicoterapias familiares, grupales y de pareja, éstas tienen la cualidad de poder ser solicitadas por el hombre o por la mujer. Cabe señalar y podría pensarse que las últimas tres sesiones son solicitadas por el hombre o por la mujer, ya que los datos están separados por sexo. En la gráfica superior derecha se identifican por sexo las sesiones en hospital psiquiátrico, mostrando que la sesión de entrevista es mayormente abordada por las mujeres, abarcando un registro de 356 352, por otro lado, los hombres tan solo cubren con 70 873 de ésta. En psicoterapia individual ambos sexos se mantienen casi con el mismo número de sesiones. La gráfica de pastel señala el porcentaje que ocupan los distintos tipos de sesión, distinguiendo a la entrevista en primer lugar con el 40.2% y por el otro extremo las psicoterapias de pareja tienen tan solo el 0.7% en comparación con las demás.

Tipo de sesiones de Psicología en hospital psiquiátrico según sexo, 2009

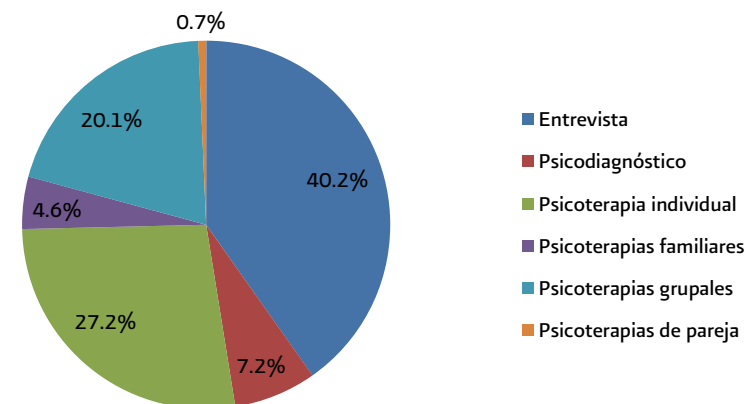


Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Tipo de sesiones de Psicología en hospital psiquiátrico, 2009

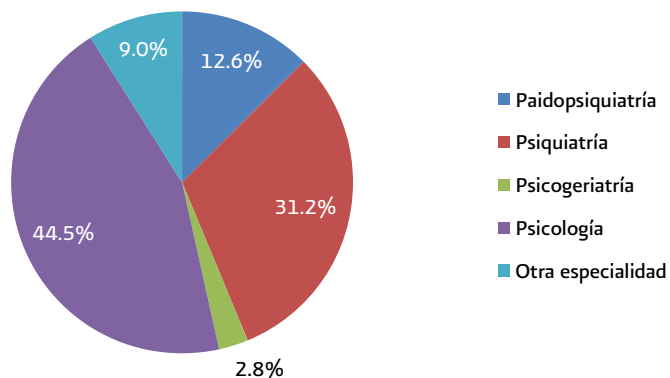
Tipo de sesiones de Psicología en hospital psiquiátrico según sexo, 2009				
Tipo de sesión	Hombres	Mujeres	Total	%
Entrevista	70 873	356 352	427 225	40.2
Psicodiagnóstico	45 582	31 332	76 914	7.2
Psicoterapia individual	143 655	144 809	288 464	27.2
Psicoterapias familiares	22 450	26 372	48 822	4.6
Psicoterapias grupales	104 695	108 657	213 352	20.1
Psicoterapias de pareja	3 648	3 737	7 385	0.7
Total	390 903	671 259	1 062 62	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

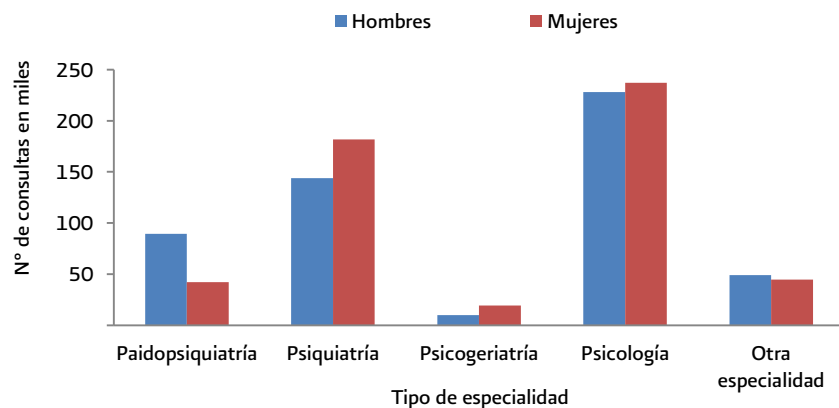
Consultas otorgadas por especialidad en el hospital psiquiátrico, Secretaría de Salud 2009



En el hospital psiquiátrico las consultas otorgadas por especialidad en Salud Mental son: Paidopsiquiatría, Psiquiatría, Psicogeriatría y Psicología. En la gráfica superior se muestra que el 44.5% le pertenece a Psicología, el 31.2% a Psiquiatría y con el menor porcentaje se encuentra la Psicogeriatría (2.8%). Identificando las consultas por sexo, se observa que las mujeres rebasan a los hombres en Psicología, Psiquiatría y en Psicogeriatría, pero en Paidopsiquiatría y otras especialidades son los hombres los que superan a las mujeres en número.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Consultas otorgadas por especialidad en el hospital psiquiátrico según sexo, Secretaría de Salud 2009



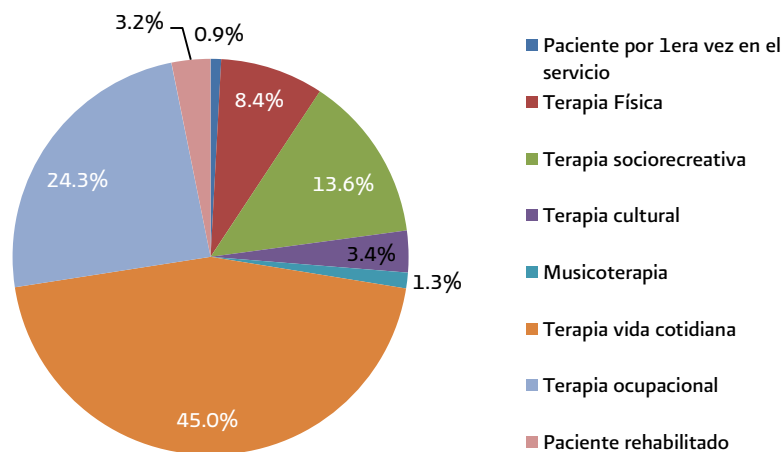
Tipo de especialidad	Hombres	Mujeres	Total	%
Paidopsiquiatría	89 346	42 019	131 365	12.6
Psiquiatría	143 985	181 785	325 770	31.2
Psicogeriatría	9 813	19 191	29 004	2.8
Psicología	227 887	237 174	465 061	44.5
Otra especialidad	49 183	44 762	93 945	9.0
Total	520 214	524 931	1 045 145	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Tipo de rehabilitación en hospital psiquiátrico, 2009

Tipo de rehabilitación en hospital psiquiátrico, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

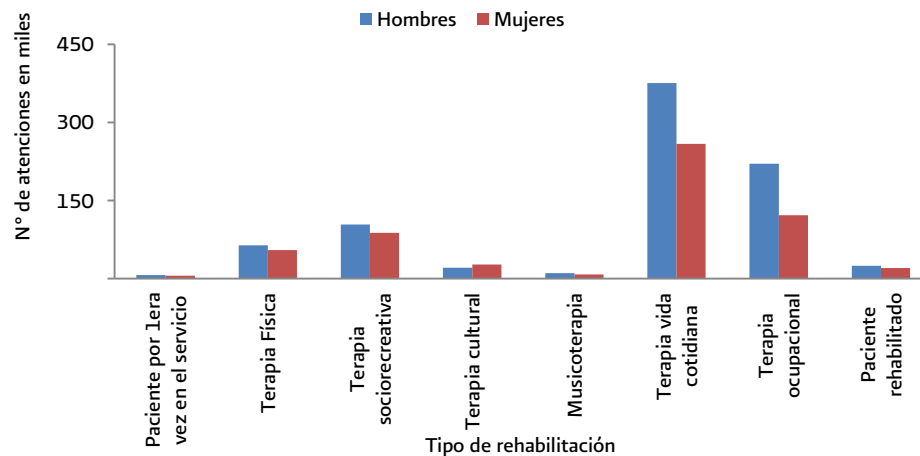
En el hospital psiquiátrico el tipo de rehabilitación da una pauta para que el paciente siga su tratamiento y tenga un seguimiento. La rehabilitación que ocupa un mayor porcentaje es la Terapia vida cotidiana con el 45.0%, en segunda posición se encuentra la Terapia ocupacional con 24.3%, superando el registro en hombres y en tercer lugar la Terapia sociorecreativa con 13.6%. Como último sitio en rehabilitación está la musicoterapia (1.3%).

El registro de los pacientes por primera vez en el servicio es de 12 129 y el total de los pacientes rehabilitados es de 44 698, ambos con mayor porcentaje en hombres.

Tipo de rehabilitación en hospital psiquiátrico según sexo, México 2009				
Tipo de rehabilitación	Hombres	Mujeres	Total	%
Paciente por 1era vez en el servicio	6 722	5 407	12 129	0.9
Terapia Física	63 931	54 938	118 869	8.4
Terapia sociorecreativa	103 692	87 603	191 295	13.6
Terapia cultural	21 205	26 938	48 143	3.4
Musicoterapia	10 191	7 749	17 940	1.3
Terapia vida cotidiana	375 734	258 850	634 584	45.0
Terapia ocupacional	220 798	121 497	342 295	24.3
Paciente rehabilitado	24 508	20 190	44 698	3.2
Total	826 781	583 172	1 409 953	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Tipo de rehabilitación en hospital psiquiátrico según sexo, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

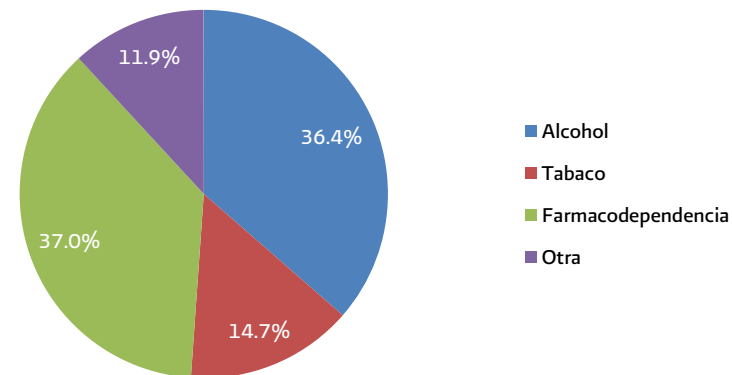
Atenciones por adicciones en hospital psiquiátrico según sexo, 2009

Atenciones por adicciones en hospital psiquiátrico según sexo, 2009				
Tipo de adicción	Hombres	Mujeres	Total	%
Alcohol	28 480	7 694	36 174	36.4
Tabaco	9 648	4 971	14 619	14.7
Farmacodependencia	30 128	6 649	36 777	37.0
Otra	7 855	3 918	11 773	11.9
Total	76 111	23 232	99 343	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

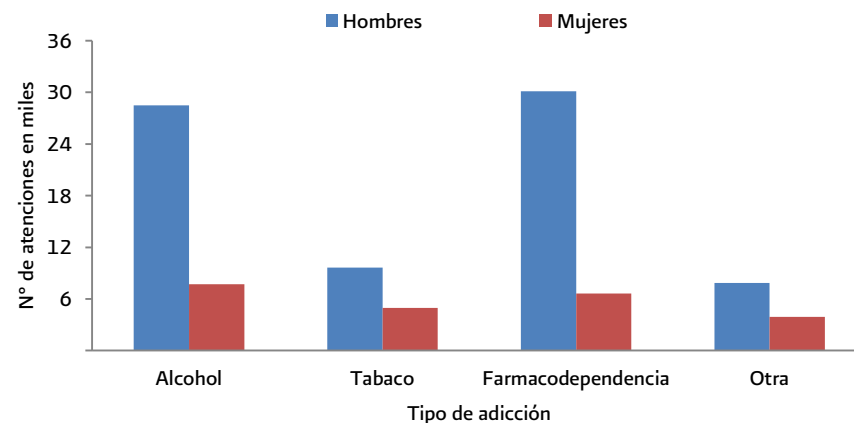
En relación a las atenciones por adicciones en hospital psiquiátrico en el año 2009, se muestra en general un mayor porcentaje en Farmacodependencia (37%), seguido de la adicción al alcohol (36.4%), el tercer lugar el tabaco ocupa el 14.7%, y el resto las adicciones tienen el 11.9%. En todas las adicciones se observa claramente que los hombres rebasan por mucho las atenciones en las mujeres. El total en atenciones a los hombres es de 76 111 y en mujeres es de 23 232 esto significa que el sexo femenino ni siquiera llega a la tercera parte del registro en hombres. Es notoria la prevalencia en atención por adicciones en hombres, sin embargo, existen muchas personas, tanto hombres como mujeres que no llegan a atenderse ni en hospitales psiquiátricos, ni en otra institución.

Atenciones por adicciones en hospital psiquiátrico, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

Atenciones por adicciones en hospital psiquiátrico según sexo, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Servicios Sistema de Información en Salud (SIS).

VI. Daños a la Salud

Morbilidad

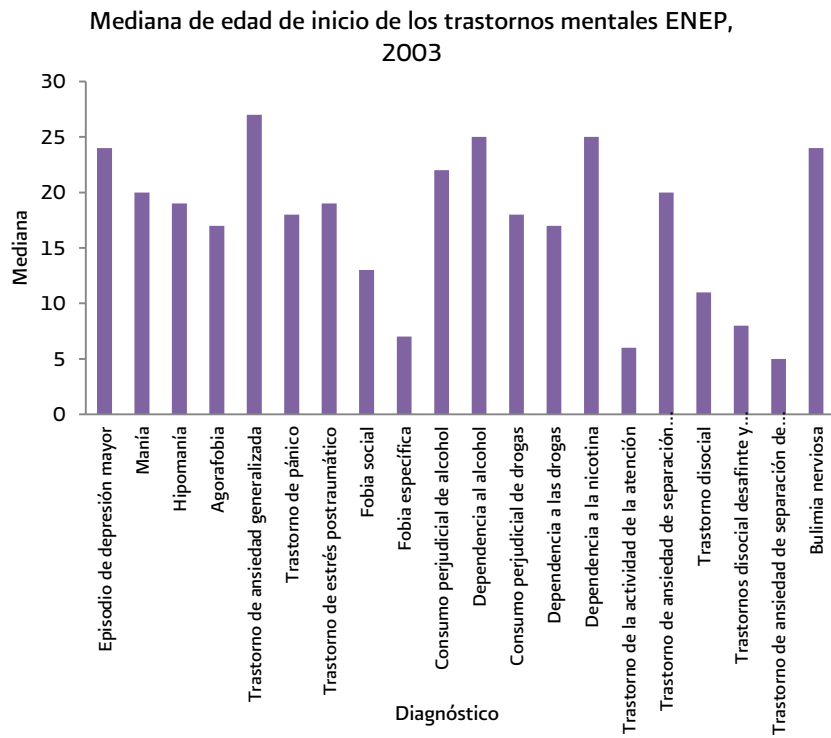
Este estudio forma parte de la iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental. Pretende dar respuesta a interrogantes tales como ¿qué tan extendida está la enfermedad mental en el país?, ¿cuál es el grado de comorbilidad?, ¿existen variaciones regionales?, ¿cómo se distribuye en los diferentes grupos de la población?, ¿cómo se hace uso de los servicios?, las respuestas a estas interrogantes provienen de la primera Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en población urbana adulta del país.

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). La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3% y a nivel individual fue de 76.6%.

El instrumento utilizado es la versión computarizada del CIDI (versión certificada 15) que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y la CIE 10. En este artículo se presentan los diagnósticos de acuerdo con la CIE-10. El CIDI contiene además módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, condiciones crónicas, farmacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. La confiabilidad y la validez han sido ampliamente documentadas. La traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS. Los encuestadores fueron personas con previa experiencia en levantamiento de encuestas entrenados para este estudio. Alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años y 68% tuvo únicamente estudios primarios.

En el apartado siguiente se presentan datos, cuadros y gráficas, tomados de distintas investigaciones y publicaciones que han tenido como fuente de información la ENEP. De acuerdo con lo anterior, en lo que concierne a la morbilidad por trastornos mentales se observaron en su mayoría prevalencias y en algunos casos tasas, ya que como se comentó anteriormente son datos extraídos de las publicaciones productos de la ENEP.

Mediana de edad de inicio de los trastornos mentales según CIE-10, ENEP 2003



Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

De manera general se puede observar que la mediana de edad de inicio de cualquier trastorno mental oscila entre los primeros 25 años de vida, lo cual es un dato de gran interés e importancia ya que con esto, es posible realizar Programas de Prevención en Salud Mental a grupos muy específicos y por ende reducir la carga de los trastornos mentales. En lo particular las edades de inicio más jóvenes se observan en los trastornos: Trastorno de ansiedad de separación de la infancia, trastorno de la actividad de la atención y la fobia social; por el contrario, la dependencia al alcohol, a la nicotina, la depresión mayor y la bulimia nerviosa corresponden a edades mas viejas.

Edad de inicio de los trastornos mentales. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, 2003			
Diagnóstico según la CIE-10	N	Media	Mediana
Episodio de depresión mayor	225	26.08	24
Manía	66	21.36	20
Hipomanía	94	21.26	19
Agorafobia	135	19.6	17
Trastorno de ansiedad generalizada	72	25.72	27
Trastorno de pánico	122	21.48	18
Trastorno de estrés postraumático	24	19.77	19
Fobia social	257	13.98	13
Fobia específica	227	9.72	7
Consumo perjudicial de alcohol	262	24.47	22
Dependencia al alcohol	105	25.56	25
Consumo perjudicial de drogas	59	19.64	18
Dependencia a las drogas	21	18.27	17
Dependencia a la nicotina	66	27.3	25
Trastorno de la actividad de la atención	2	6	6
Trastorno de ansiedad de separación del adulto	138	22.25	20
Trastorno disocial	137	11.39	11
Trastornos disocial desafinte y oposicionista	27	9.24	8
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	16	4.59	5
Bulimia nerviosa	26	24.89	24

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, ENEP.

Prevalencia trastornos mentales según la CIE-10 por tipo de ocurrencia y sexo, ENEP

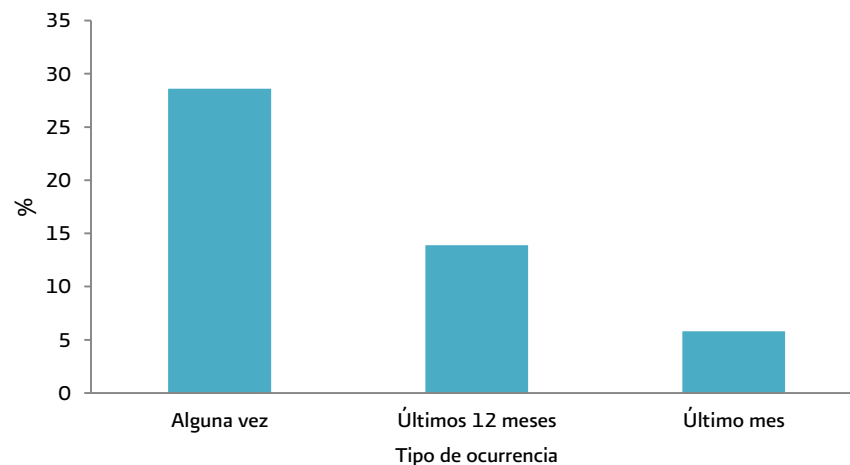
Prevalencia de cualquier trastorno de acuerdo con la CIE-10 según sexo y tipo de ocurrencia . Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003									
Trastorno	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
Cualquier trastorno afectivo	6.7	3.0	1.3	11.2	5.8	2.4	9.1	4.5	1.9
Cualquier trastorno de ansiedad	9.5	4.9	2.2	18.5	10.8	4.1	14.3	8.1	3.2
Cualquier trastorno de sustancias	17.6	6.8	1.7	2.0	0.7	0.4	9.2	3.5	1.0
Cualquier trastorno	30.4	12.9	5.1	27.1	14.8	6.5	28.6	13.9	5.8

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Las prevalencias mostradas corresponden a 23 trastornos mentales de acuerdo con la CIE-10 agrupados en 4 grandes categorías que incluyen: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Dado lo anterior se puede observar que 28.6% de la población presentó alguna vez en su vida algún trastorno de los mencionados arriba, el 13.9% lo reporto en el último año previo a la encuesta y el 5.8% en el último mes. Por tipo de trastorno, los que tuvieron una mayor prevalencia (alguna vez en la vida) fueron los de ansiedad con 14.3% seguido de los trastornos de uso de sustancias con 9.2% y los trastornos afectivo con 9.1%.

En general los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres, para cualquier trastorno alguna vez en la vida (30.4% y 27.1% respectivamente). Otro dato interesante a observar es que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, por el contrario los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Prevalencia de cualquier trastorno mental (afectivo, ansiedad, sustancias y otros) según tipo de ocurrencia, ENEP 2003



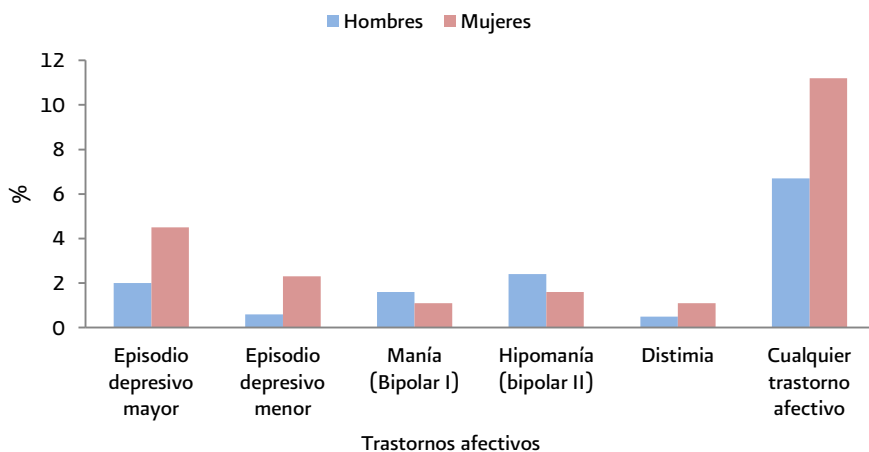
Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de los trastornos afectivos según sexo y tipo de ocurrencia, ENEP 2003

Prevalencia de trastornos afectivos de acuerdo con la CIE-10 según sexo y tipo de ocurrencia. Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003									
Trastornos afectivos	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
Episodio depresivo mayor	2.0	0.9	0.3	4.5	2.1	0.8	3.3	1.5	0.6
Episodio depresivo menor	0.6	0.3	0.2	2.3	1.1	0.5	1.5	0.7	0.3
Manía (Bipolar I)	1.6	0.9	0.4	1.1	0.8	0.4	1.3	0.9	0.4
Hipomanía (bipolar II)	2.4	0.9	0.4	1.6	1.2	0.4	2.0	1.1	0.4
Distimia	0.5	0.4	0.2	1.1	0.5	0.2	0.9	0.4	0.2
Cualquier trastorno afectivo	6.7	3.0	1.3	11.2	5.8	2.4	9.1	4.5	1.9

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de trastornos afectivos ocurridos alguna vez en la vida según sexo, ENEP 2003



Los trastornos afectivos constituyen uno de los más importantes objetos de estudios de la Salud Mental, debido a su complejidad tanto etiológica, sindromática y de tratamiento. De acuerdo con los datos que nos proporciona la ENEP, se observa que las mujeres presentaron una prevalencia de 11.2% para cualquier trastorno afectivo alguna vez en su vida, por el contrario los hombres presentaron una prevalencia de 6.7% de igual manera para cualquier trastornos alguna vez en la vida.

Al hacer el análisis de manera individual por cada trastorno se puede observar que las mujeres presentan con mayor frecuencia alguna vez en la vida los trastornos de depresión mayor, depresión menor y distimia con una prevalencia de 4.3%, 2.1% y 1.1% respectivamente. Por otra parte la manía (bipolar I) y la hipomanía (bipolar I) se presentaron en mayor frecuencia en hombres con prevalencias de 1.6% y 2.4% respectivamente.

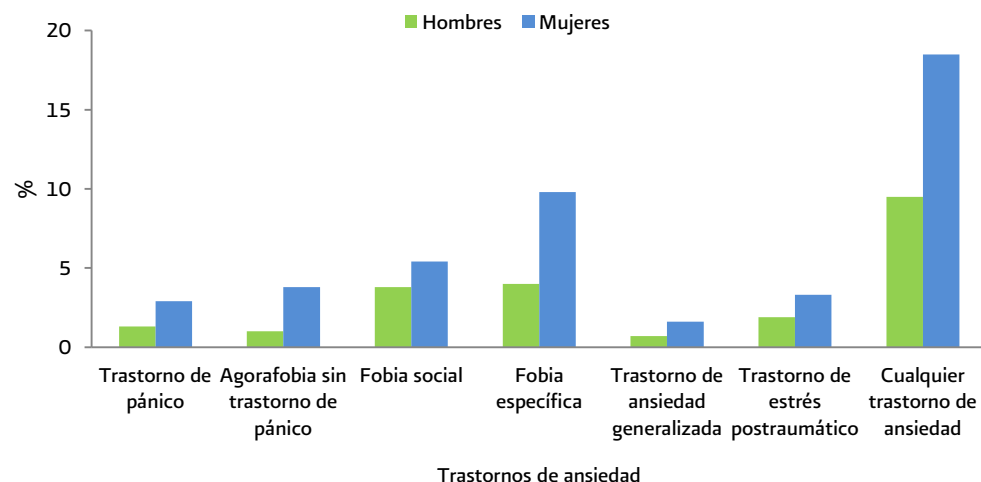
Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de los trastornos de ansiedad, según sexo y tipo de ocurrencia, ENEP 2003

Claramente se observa que los trastornos de ansiedad presentan una mayor frecuencia en mujeres; la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad presentado alguna vez en la vida en mujeres fue del 18.5% y en hombres de 9.5%. De manera específica en cada uno de los 6 trastornos de ansiedad las mujeres presentan prevalencias mayores a las de los hombres, siendo la fobia específica (9.8%), la fobia social (5.4%) y la agorafobia sin trastorno de pánico (3.8%) las de mayor frecuencia; para los hombres la fobia específica (4.0%), la fobia social (3.8%) y el trastorno de estrés pos-traumático (1.9%) respectivamente.

La fobia específica aparece como el trastorno de ansiedad de mayor prevalencia en la población total y en los distintos periodos de ocurrencia: 7.1% alguna vez en la vida, 4.0% en el último año y 1.5% en el último mes.

Prevalencia de trastornos de ansiedad ocurridos alguna vez en al vida según sexo, ENEP 2003



Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de trastornos de ansiedad de acuerdo con la CIE-10 según sexo y tipo de ocurrencia. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003									
Trastornos de Ansiedad	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
Trastorno de pánico	1.3	0.4	0.2	2.9	1.7	0.5	2.1	1.1	0.4
Agorafobia sin trastorno de pánico	1.0	0.7	0.3	3.8	2.5	0.8	2.5	1.7	0.5
Fobia social	3.8	1.8	0.5	5.4	2.7	0.9	4.7	2.3	0.7
Fobia específica	4.0	1.9	0.7	9.8	5.8	2.2	7.1	4.0	1.5
Trastorno de ansiedad generalizada	0.7	0.6	0.6	1.6	0.8	0.3	1.2	0.7	0.4
Trastorno de estrés postraumático	1.9	0.4	0.2	3.3	0.8	0.2	2.6	0.6	0.2
Cualquier trastorno de ansiedad	9.5	4.9	2.2	18.5	10.8	4.1	14.3	8.1	3.2

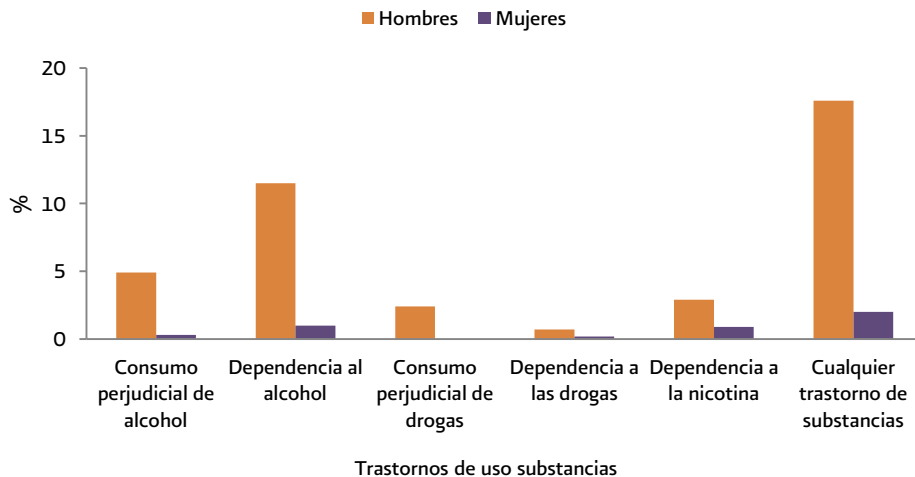
Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de los trastornos de sustancias según sexo y tipo de ocurrencia, ENEP 2003

Trastornos de sustancias	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
Consumo perjudicial de alcohol	4.9	1.0	0.1	0.3	0.0	0.0	2.4	0.5	0.0
Dependencia al alcohol	11.5	3.7	1.2	1.0	0.2	0.1	5.9	1.8	0.6
Consumo perjudicial de drogas	2.4	0.8	0.2	0.0	0.0	0.0	1.1	0.4	0.1
Dependencia a las drogas	0.7	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0
Dependencia a la nicotina	2.9	1.9	0.3	0.9	0.5	0.2	1.8	1.1	0.3
Cualquier trastorno de sustancias	17.6	6.8	1.7	2.0	0.7	0.4	9.2	3.5	1.0

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de trastornos por uso de sustancias ocurridos alguna vez en la vida según sexo, ENEP 2003



Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Es interesante observar el marcado dominio de los hombres en relación a los trastornos por uso de sustancias, que incluye tanto el consumo perjudicial como la dependencia misma. La prevalencia para cualquier trastorno por consumo de sustancias fue de 17.6% en hombres y 2.0% en mujeres para alguna vez en la vida.

En lo particular los hombres presentaron una prevalencia de 11.5% para la dependencia al alcohol, seguido del consumo perjudicial de alcohol y la dependencia a la nicotina con 4.9% y 2.9% respectivamente. En el caso de las mujeres la prevalencia más alta del 1.0% para la dependencia al alcohol, seguida de la dependencia a la nicotina 0.9% y el consumo perjudicial de alcohol con apenas el 0.3%.

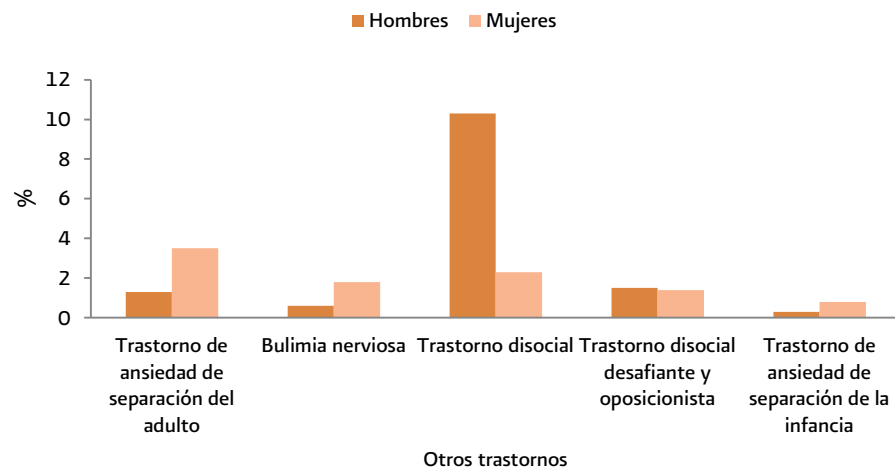
Al diferencia entre hombres y mujeres es muy marcada es importante tomarlo en cuenta como una problemática de Salud Pública muy marcada hacia el sexo masculino.

Prevalencia de los trastornos de otros, según sexo y tipo de ocurrencia, ENEP 2003

De acuerdo a la distribución de los siguientes trastornos se observaron ciertas particularidades para cada sexo: El trastorno disocial se presenta con mayor frecuencia en hombres, 10.3%; por el contrario el trastorno de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa son más frecuentes en mujeres, 3.5% y 1.8% respectivamente. Por otra parte el trastorno disocial desafiante y oposicionista presentó muy poca diferencia entre sexo, hombres (1.5%), mujeres (1.4%).

Es interesante ver como el trastorno disocial se observa más en hombres esto se puede deber en parte a la cultura en la que vivimos donde incluso hoy en día la mujer vive aun bajo ciertos estereotipos restrictivos.

Prevalencia de otros trastornos ocurridos alguna vez en la vida según sexo, ENEP 2003

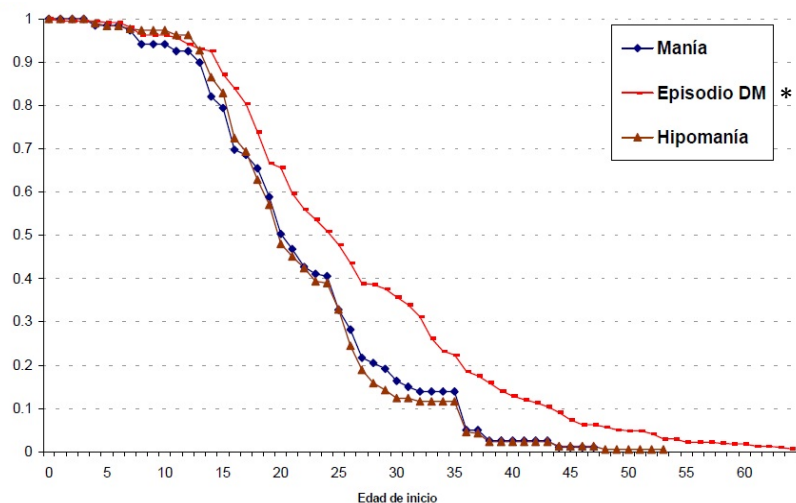


Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Prevalencia de otros trastornos de acuerdo con la CIE-10 según sexo y tipo de ocurrencia. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003									
Otro trastornos	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
Trastorno de ansiedad de separación del adulto	1.3	0.6	0.3	3.5	0.9	0.5	2.5	0.7	0.4
Bulimia nerviosa	0.6	0.0	0.0	1.8	0.8	0.5	1.2	0.4	0.3
Trastorno disocial	10.3	2.1	0.0	2.3	0.3	0.0	6.1	1.2	0.0
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	1.5	0.1	0.0	1.4	0.1	0.0	1.5	0.1	0.0
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	0.3	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Sobrevida por edad de inicio de trastornos afectivos, ENEP 2003



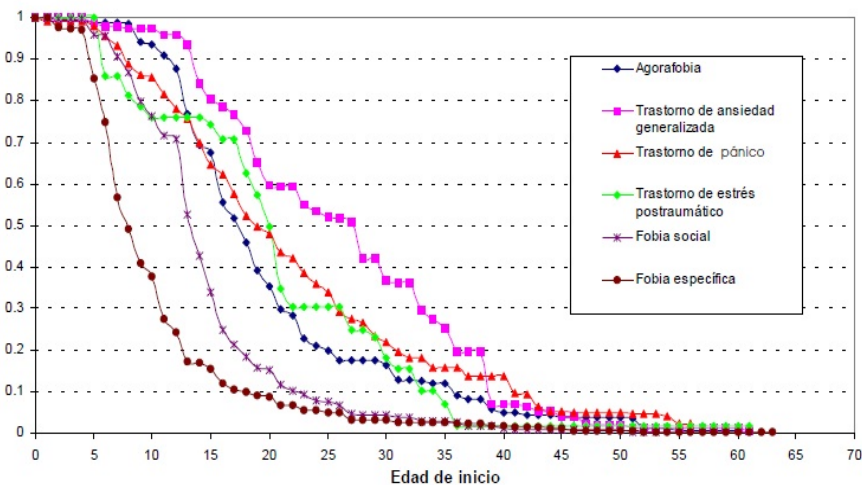
*Episodio Depresivo Mayor

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Para los trastornos de ansiedad, la sobrevida tiene un comportamiento con mayor variabilidad, la aparición de las fobias específicas se dan aproximadamente después de los 2 años y la sobrevida va disminuyendo abruptamente, de tal manera que alrededor de los 8 años habrán aparecido el 50% de los casos. Para el caso de la fobia social después de los 5 años es cuando existe la probabilidad de padecerla, esto coincide con el inicio de la vida escolar. Alrededor de los 15 años se presentan el 50% de probabilidades de padecer este trastorno. Es interesante observar como el trastorno de ansiedad generalizada presentan una probabilidad de aparición más retardada, en otras palabras la probabilidad de que una persona llegue a las 15 años sin ansiedad generalizada es del 94% por encima de cualquiera de los otros trastornos de ansiedad.

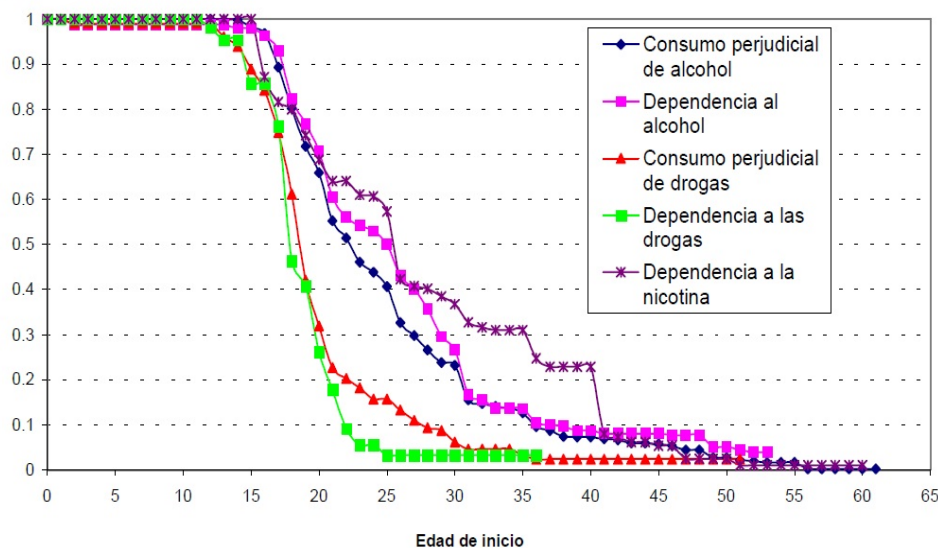
La sobrevida se interpreta comúnmente como la probabilidad condicional de "sobrevivir" (estar libre del evento de estudio) a una enfermedad determinada, en un tiempo determinado. De acuerdo con esto de los 0 a los 5 años la sobrevida es del 1.0 para cualquiera de los trastornos afectivos, esto quiere decir que la probabilidad de llegar a los 5 años sin sufrir algunos de estos trastornos es del 100%, a partir de los seis años esa probabilidad comienza a disminuir, de tal manera que a los 20 años la probabilidad de no padecer depresión es del 65% del 59% para la manía y 57% para la hipomanía (entre la población que reportó alguno de estos trastornos al menos una vez en su vida). Un dato fundamental en estas gráficas está dado por el 50% de probabilidad. Al seguir la gráfica en el 50% de sobrevida aproximadamente corresponde a los 24 años. Esto se interpreta cómo que a los 24 años la mitad de los casos de depresión ya habrán ocurrido. Para la manía y la hipomanía la mitad de los caso habrán ocurrido alrededor de los 20 años.

Sobrevida por edad de inicio de trastornos de ansiedad, ENEP 2003



Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Sobrevivencia por edad de inicio de trastornos de sustancias, ENEP 2003

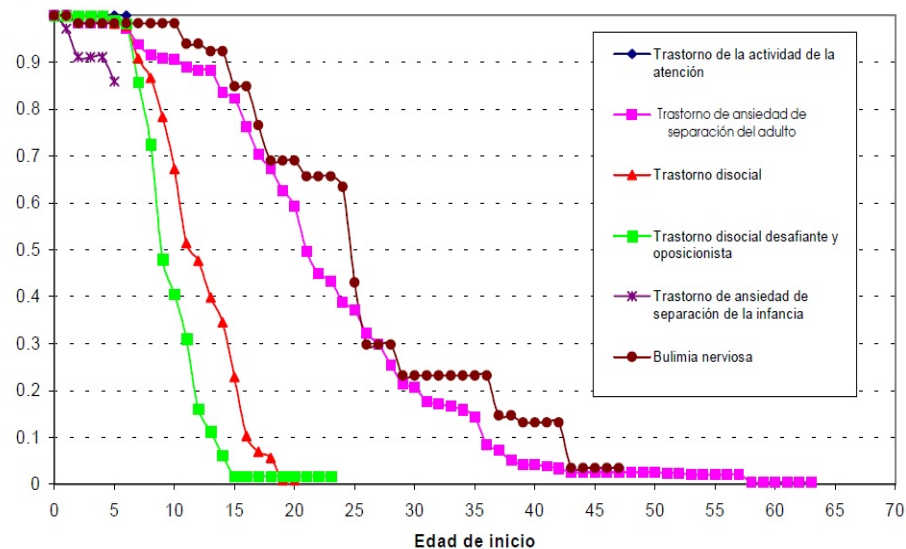


Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Las siguientes gráficas muestran el comportamiento de la sobrevivencia de otros trastornos mentales en relación a la edad de inicio de los mismos; el trastorno disocial desafiante y opositor muestra que hasta los 5 años hay 100% de probabilidades de no presentarlo, a partir de ese momento y hasta los 15 años, la probabilidad de no presentarlo se va reduciendo abruptamente; un comportamiento similar ocurre con el trastorno disocial, sólo que éste presenta su probabilidad más baja de no padecerlo a los 20 años. En el caso de la bulimia nerviosa muestra un porcentaje muy alto de sobrevivencia 98% durante los primeros 12 años de vida, asimismo la probabilidad de que llegue a los 25 años sin padecerla es 43% y a los 40 años del 12%.

Si siguiendo en la misma línea, la probabilidad de llegar a los 13 años sin padecer cualquier trastorno asociado al consumo de sustancias es del 100%, es interesante como la aparición de estos trastornos se ubica dentro de la etapa de la adolescencia, periodo de grandes cambios en el individuo; asimismo de manera muy cruda la probabilidad de llegar a los 25 años sin padecer dependencia a las drogas es menor 5% (entre aquellos que lo padecieron alguna vez en su vida). Por otra parte la probabilidad de llegar a los 25 años sin padecer dependencia al alcohol es del 50% por tanto la mitad de los casos de alcoholismo ya habrán ocurrido. En cuanto a la nicotina la probabilidad de que una persona llegue a los 25 años sin dependencia a la nicotina es del 60%.

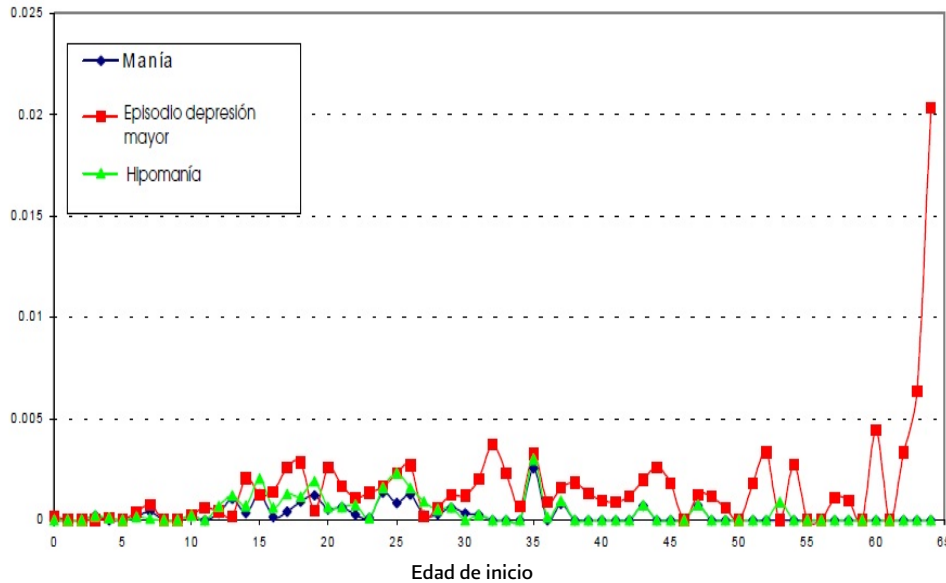
Sobrevivencia por edad de inicio de otros trastornos, ENEP 2003



Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Incidencia de los trastornos afectivos y de ansiedad por edad de inicio, ENEP 2003

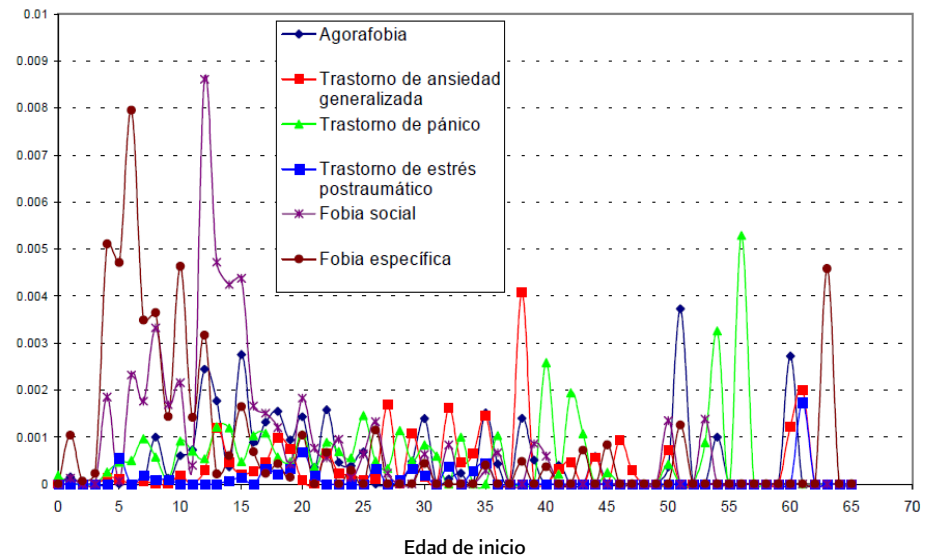
Incidencia por edad de inicio de trastornos afectivos, ENEP 2003



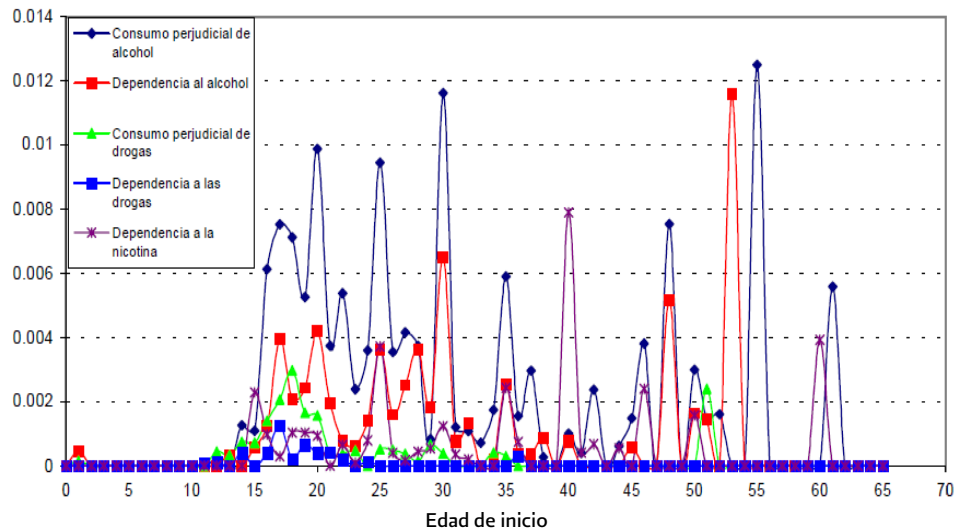
De acuerdo a la información tomada de la ENEP, las tasas que se muestran en las siguientes gráficas; reflejan la incidencia, probabilidad o riesgo de que ocurran casos nuevos de enfermedad entre la población que no la tiene en este caso, cualquier trastorno mental. Por lo anterior las tasas correspondientes a los trastornos afectivos (manía, depresión mayor e hipomanía) por edad de inicio de los mismos indicaron que, el caso de la depresión el primer pico de inicio del trastorno es alrededor de los 17 años, un segundo pico se mostró a los 33 años y el último y más importante después de los 60 años. Para la hipomanía y la manía estas mostraron un comportamiento muy homogéneo, teniendo entre los 15 y 25 años incidencias importantes, pero es hasta los 35 años donde se reportaron la mayor aparición de estos trastornos mentales.

En lo que concierne a los trastornos de ansiedad se observan altibajos en todo el espectro de edades, sin embargo en algunos trastornos hay mayor concentración en las edades más jóvenes, por ejemplo la fobia específica, se observa la mayor entre los 4 y los 8 años, es en estas edades en donde los niños desarrollan comúnmente fobias o miedos a objetos o situaciones particulares. Por otra parte la fobia social se muestra en una especie de escalafón, dicho de otra manera, en las edades donde comienza a disminuir la fobia específica, la fobia social se hace presente. Convergiendo con la época del desarrollo escolar (primaria y secundaria) puede darse el caso de niños con miedo y/o dificultad a relacionarse con otros individuos de su misma edad. El trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno más común entre los 35 y 40 años de edad producto del estrés y la presión del medio social, laboral, familiar, etc.

Incidencia por edad de inicio de trastornos de ansiedad, ENEP 2003



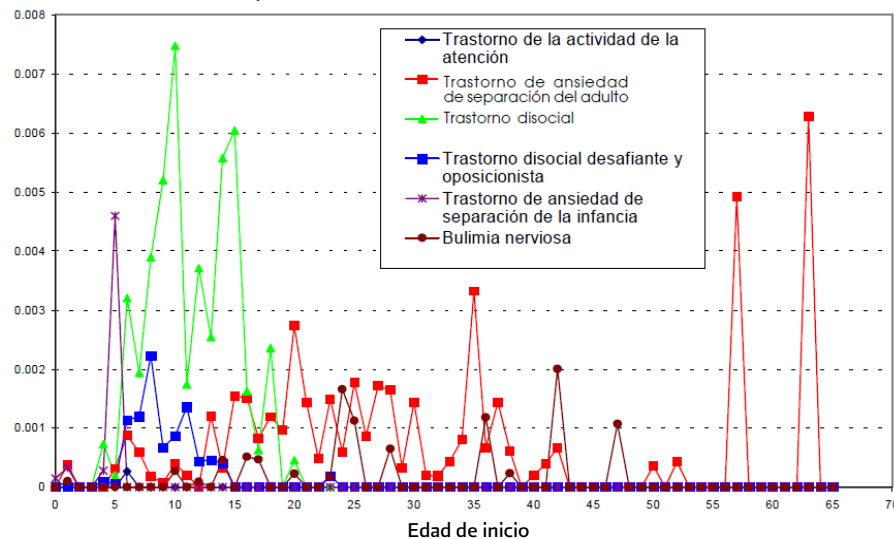
Incidencia por edad de inicio de trastornos de sustancias, ENEP 2003



De manera muy clara y evidente el trastorno con mayor incidencia corresponde al consumo perjudicial de alcohol, teniendo el primer pico entre los 13 y los 15 años, a partir de ahí, se observan incrementos importantes, teniendo los más elevados a los 35 y 55 años respectivamente. Por su parte la dependencia al alcohol sigue un comportamiento similar pero en menor medida, no por eso menos importante, sin embargo pasando los 50 años se da la mayor incidencia de dependencia al alcohol, al analizar esta información podemos pensar que un individuo con un consumo perjudicial de alcohol es muy propenso a caer en dependencia de esta sustancia. En el caso de las drogas tanto el consumo como la dependencia se observa la mayor incidencia entre los 15 y 20 años. La dependencia a la nicotina muestra puntos muy marcados de edad de inicio, siendo los más importantes a los 15 años por ser una edad muy joven a los 25 y 40 años de edad respectivamente.

Para otros trastornos mentales es interesante señalar los puntos más relevantes: el trastorno disocial tiene una tasa alta muy marcada entre los 4 y los 20 años posterior a eso no aparece, lo mismo sucede con el trastorno disocial desafiante y oposicionista, sólo que en mucho menor medida. Se puede pensar que tanto la etiología como los factores asociados de ambos trastornos está relacionado con el desarrollo, constitución e identidad de cada individuo, ya que los cambios más importantes de estos procesos ocurren en ese rango de edad. Otro punto importante a señalar es el trastorno de ansiedad de separación del adulto, mostrándose como un trastorno «infantil» de la edad adulta, teniendo sus mayores incidencias por edad de inicio después de los 35 años. La bulimia nerviosa por su parte muestra importantes picos a los 24 y los 44 años de edad.

Incidencia por edad de inicio de otros trastornos, ENEP 2003



Un punto importante a destacar en estas últimas 4 gráficas, es que la incidencia se muestra por edad de inicio del trastorno, no implica que sean más prevalentes en esas edades.

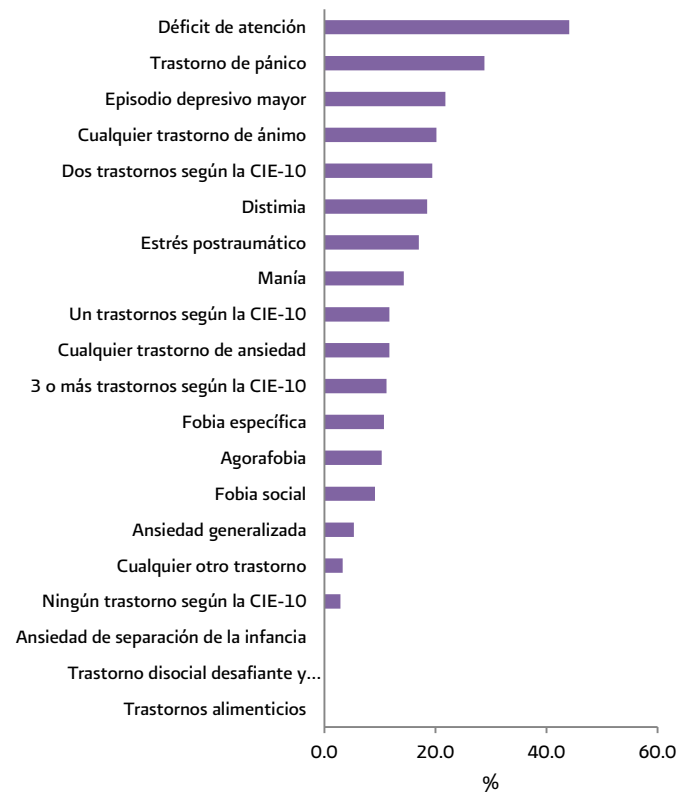
Porcentaje de uso de servicios por trastorno mental en pacientes con diagnóstico en el último año, ENEP 2003

Porcentaje de uso de servicios por trastorno mental entre aquellos con un trastorno mental los últimos 12 meses de acuerdo con la CIE-10, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003					
Trastorno	Especialista	Medicina General	Salud	Otros	Cualquier servicio
Episodio depresivo mayor	11.9	7.7	18.4	3.5	21.8
Distimia	5.5	11.5	17.0	1.5	18.5
Manía	12.7	1.6	14.3	0	14.3
Cualquier trastorno de ánimo	10.9	7.7	17.7	2.5	20.2
Trastorno de pánico	17.1	11.6	25.6	3.2	28.8
Fobia específica	6.7	4.6	10.7	0	10.7
Fobia social	4.9	4.5	8.8	0.3	9.1
Agorafobia	7.1	4.7	10.3	0	10.3
Ansiedad generalizada	3.6	0.8	4.4	0.8	5.3
Estrés postraumático	7.3	6.6	13.9	3.1	17
Cualquier trastorno de ansiedad	6.9	4.8	10.9	0.8	11.7
Trastornos alimenticios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Déficit de atención	0.0	44.1	44.1	0.0	44.1
Trastorno disocial desafiante y opositor	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad de separación de la infancia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cualquier otro trastorno	0.0	3.3	3.3	0.0	3.3
Ningún trastorno según la CIE-10	1.6	1.1	2.6	0.1	2.9
Un trastornos según la CIE-10	6.5	4.2	10.0	0.8	11.7
Dos trastornos según la CIE-10	11.1	8.6	19.0	0.4	19.4
3 o más trastornos según la CIE-10	7.1	4.5	10.5	0.6	11.2

Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

En el cuadro y la gráfica se muestra el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales en México, entre aquellas personas que reportaron algún trastorno de la CIE en los últimos 12 meses. Las personas sin trastorno sólo reportan una prevalencia de 2.9% en el uso de cualquier servicio, contra 11.7% para las que reportaron un trastorno, 19.4% para las que reportaron dos trastornos y 11.2% para las que reportaron tres y más trastornos. En lo particular se puede observar que el trastorno con mayor uso de cualquier servicio fue “déficit de atención” 44% seguido por “trastorno de pánico” 28.8% y por “depresión mayor” 21.8%. Por otra parte los trastornos con mayor uso de servicio de especialista fueron trastorno de pánico 17.1%, manía 12.1% y episodio depresivo mayor 11.9%.

Porcentaje de uso de cualquier servicio por trastorno mental en pacientes con diagnóstico de trastorno mental en último año, ENEP 2003



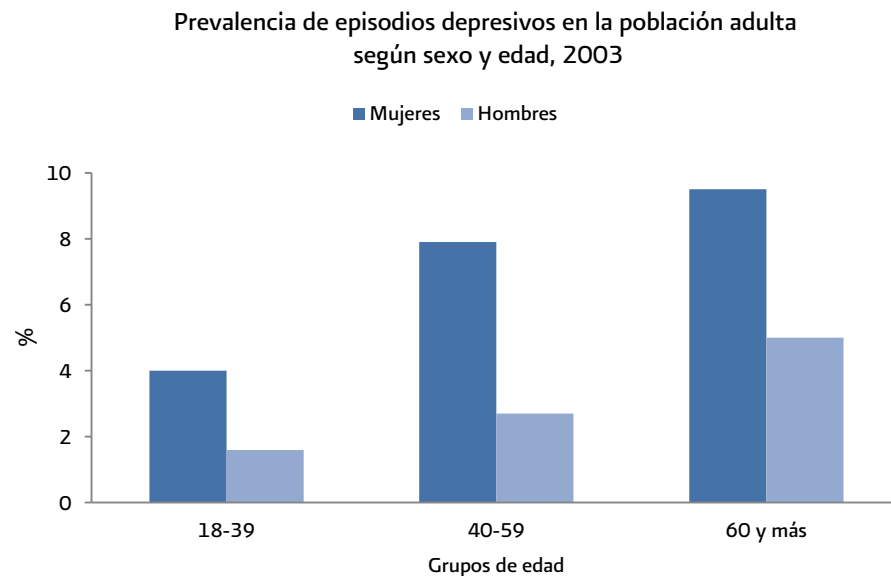
Fuente: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP).

Especialista en salud mental: psiquiatra, psicólogo, consejero, psicoterapeuta, enfermera especializada en salud mental, trabajador social. *Medicina general:* médico familiar, médico general, otros médicos (cardiólogo, ginecólogo, urólogo), enfermera, terapeuta ocupacional, otro profesional de la salud. *Salud:* Especialista en salud mental, otro médico general. *Otros recursos:* consejero espiritual, cura, rabino, yerbero, quiropráctico, espiritista.

Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta según grupos de edad y sexo, 2003

Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta según sexo y edad, 2003		
Grupos de edad	Sexo	
	Mujeres %	Hombres %
18-39	4.0	1.6
40-59	7.9	2.7
60 y más	9.5	5.0

Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

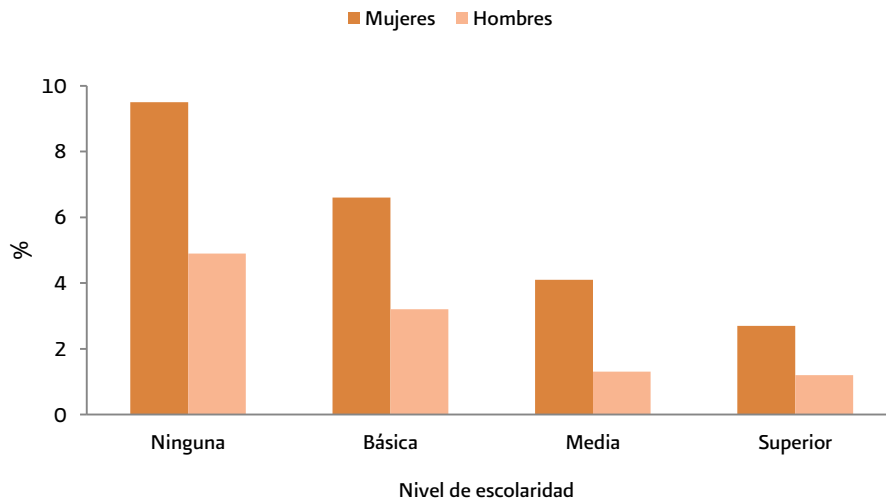


Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de depresión se mantiene de manera consistente independientemente del grupo de edad estudiado el porcentaje de individuos afectados por otro lado, se incrementa con la edad en ambos sexos. En el caso de 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. La prevalencia en mujeres menores de 40 años de edad es significativamente menor que la de los otros dos grupos analizados. Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en el grupo de edad 18 a 39 años de edad y de 5% en los adultos mayores.

Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta según escolaridad y sexo, 2003

Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta, según escolaridad y sexo, 2003



Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta según escolaridad y sexo, 2003		
Nivel de escolaridad	Sexo	
	Mujeres %	Hombres %
Ninguna	9.5	4.9
Básica	6.6	3.2
Media	4.1	1.3
Superior	2.7	1.2

Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

Acorde con los datos, el análisis de las prevalencias de depresión muestra que conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de depresión tanto en hombres como en mujeres. Al igual que las gráficas anteriores es muy clara y consistente la diferencia entre sexos, teniendo mayor prevalencia de episodios depresivos en mujeres que en hombres. En lo particular las mujeres sin ningún nivel de escolaridad mostraron una prevalencia del 9.5%, las que tenían educación básica 6.6%, con educación media 4.1% y con educación superior 2.7%. Para los hombres sin ningún tipo de escolaridad 4.9%, con educación básica 3.2%, educación media 1.3% y educación superior 1.2% respectivamente. Tal como se mencionó en cualquier nivel de escolaridad las mujeres mostraron mayores prevalencias que los hombres. Es interesante ver como la preparación y maduración académica disminuye notablemente la aparición de estos trastornos, en parte esto se debe a que los individuos van creando más y mejores recursos a nivel psicológico para la resolución de las diversas circunstancias que se presenten a lo largo de la vida, e incluso un conocimiento mucho mayor de como actuar si se sufre de un trastorno mental.

Prevalencia de episodios depresivos en mayores de 18 años de edad según sexo y tipo de localidad, 2003		
Tipo de localidad	Sexo	
	Mujeres %	Hombres %
Rural *	5.9	3.5
Urbano**	6.0	2.9
Área Metropolitana***	5.7	1.9

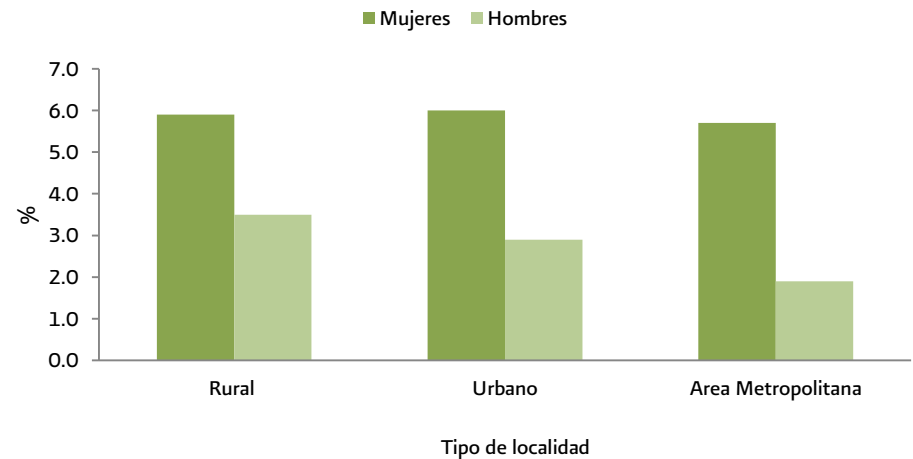
*Rural: menores de 2 500 habitantes.

**Urbano: 2 500-100 000 habitantes.

***Metropolitano: más de 100 000 habitantes.

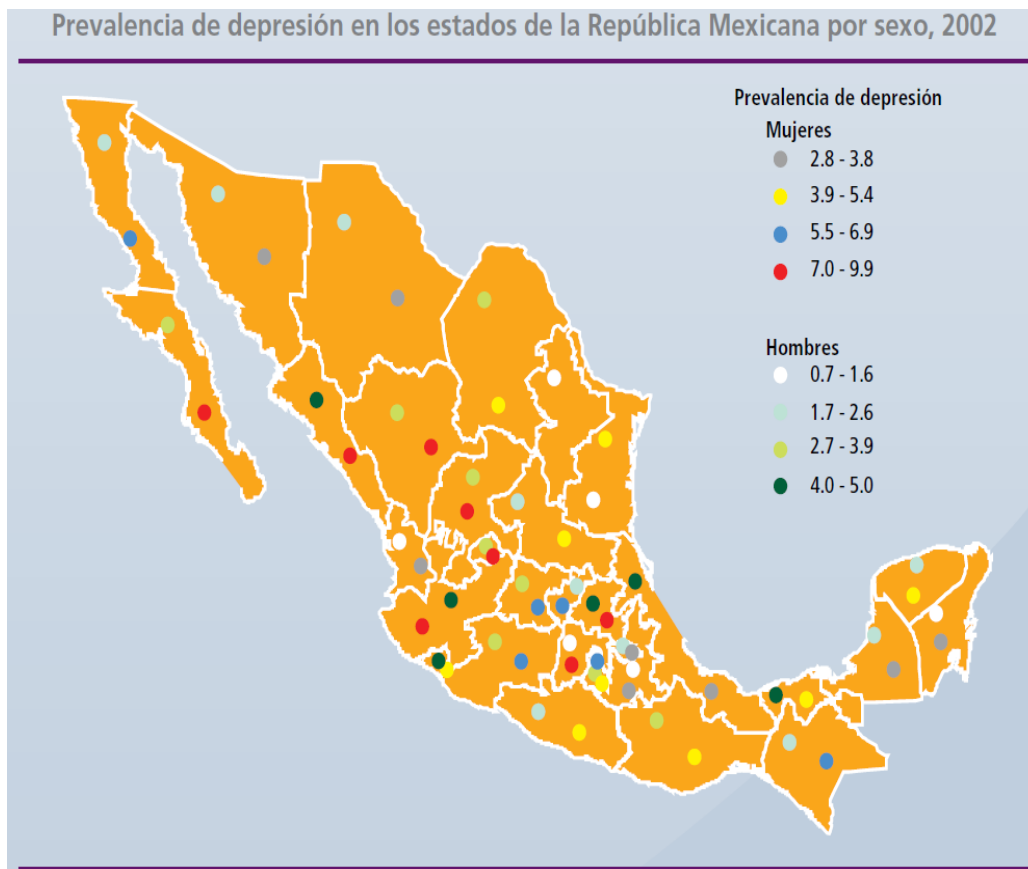
Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

Prevalencia de episodios depresivos en mayores de 18 años de edad según sexo y tipo de localidad, 2003



Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

Al observar el desagregado por tipo de localidad (rural, urbano y área metropolitana) en relación a la prevalencia de episodios depresivos, las mujeres mostraron poca variación en cuanto a éstas de una localidad a otra; asimismo para la población rural 5.9%, población urbana 6.0%, y el área metropolitana 5.7%, nótese que de rural a urbano la prevalencia de depresión aumentó para después disminuir en el área metropolitana. En el caso de los hombres se observa una tendencia: a mayor tamaño de localidad menor prevalencia de episodios depresivos, acorde con esto las prevalencias por tipo de localidad fueron las siguientes: rural 3.5%, urbano 2.9% y área metropolitana 1.9%. De nueva cuenta se observa el predominio de mayor prevalencias de episodios depresivos en mujeres.



En general, la prevalencia de depresión es mayor en las mujeres que en los hombres y también se observan diferencias en los estados de la República. En el caso femenino, los estados de Hidalgo, Jalisco y Estado de México presentan las mayores prevalencias: 9.9, 8.2 y 8.1 por ciento, respectivamente.

Por su parte, los estados de Sonora y Campeche registran las prevalencias más bajas (2.8 y 2.9 por ciento respectivamente).

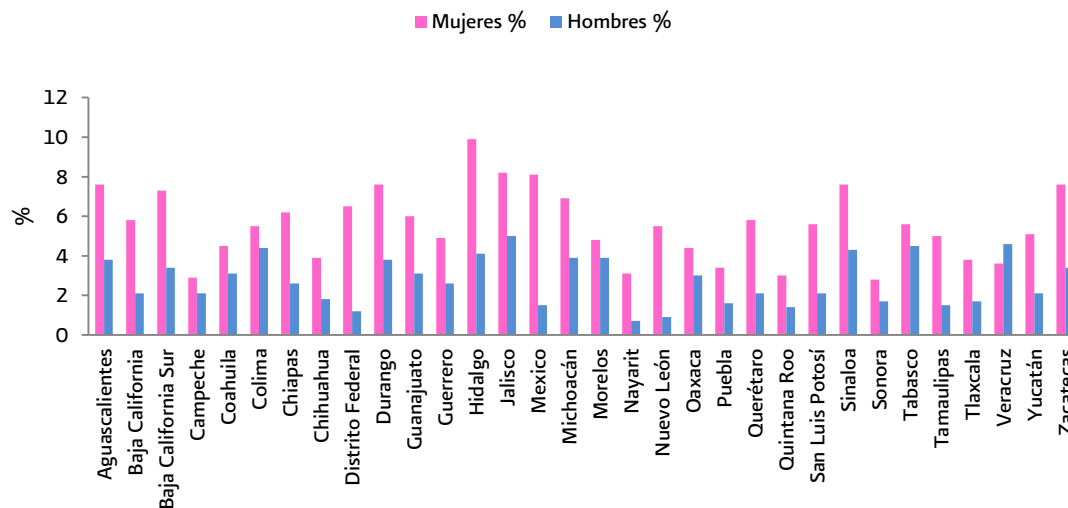
Fuente: INMUJERES a partir de información de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.

Prevalencia de episodios depresivos según Entidad Federativa y sexo, 2003

Prevalencia de episodios depresivos según Entidad Federativa y sexo. 2003		
Entidad Federativa	Mujeres %	Hombres %
Aguascalientes	7.6	3.8
Baja California	5.8	2.1
Baja California Sur	7.3	3.4
Campeche	2.9	2.1
Coahuila	4.5	3.1
Colima	5.5	4.4
Chiapas	6.2	2.6
Chihuahua	3.9	1.8
Distrito Federal	6.5	1.2
Durango	7.6	3.8
Guanajuato	6.0	3.1
Guerrero	4.9	2.6
Hidalgo	9.9	4.1
Jalisco	8.2	5.0
México	8.1	1.5
Michoacán	6.9	3.9
Morelos	4.8	3.9
Nayarit	3.1	0.7
Nuevo León	5.5	0.9
Oaxaca	4.4	3.0
Puebla	3.4	1.6
Querétaro	5.8	2.1
Quintana Roo	3.0	1.4
San Luis Potosí	5.6	2.1
Sinaloa	7.6	4.3
Sonora	2.8	1.7
Tabasco	5.6	4.5
Tamaulipas	5.0	1.5
Tlaxcala	3.8	1.7
Veracruz	3.6	4.6
Yucatán	5.1	2.1
Zacatecas	7.6	3.4
Nacional	5.8	2.5

Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

Prevalencias de episodios depresivos según Entidad Federativa y sexo, 2003



Fuente: Prevalencia y diagnóstico de depresión en México.

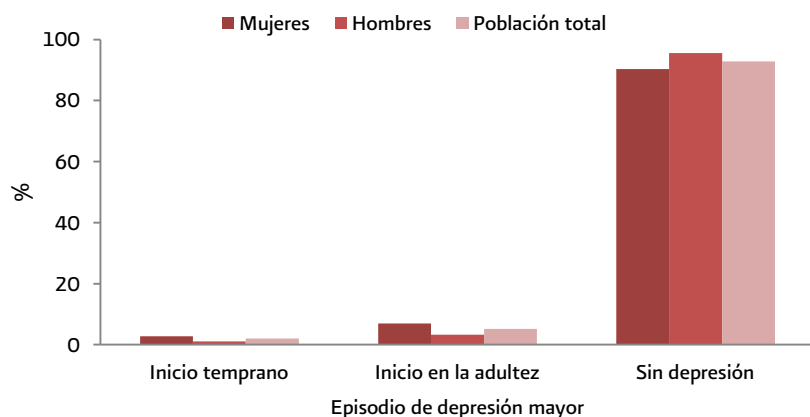
La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país, en 31 entidades las mujeres tuvieron mayor prevalencia de depresión que los hombres, sólo en Veracruz ocurrió el fenómeno contrario, donde hubo mayor prevalencia de depresión en hombres que en mujeres 4.6% y 3.6% respectivamente. En lo particular para los hombres las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco con 5, 4.6 y 4.5% respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos fueron: Nayarit 0.7%, Nuevo León 0.9% y el Distrito Federal 1.2%. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden: a Hidalgo 9.9%, Jalisco 8.2%, y el Estado de México 8.1%, mientras que las más bajas fueron las observadas en Sonora 2.8%, Campeche, 2.9% y Quintana Roo con 3.0%.

Prevalencia de depresión con inicio temprano y durante adultez según sexo, ENEP 2004

Prevalencia de un episodio de depresión y depresión mayor con inicio temprano y durante la etapa adulta según sexo Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2004						
Sexo	Episodio de depresión mayor			Episodio de depresión excluyendo a aquellos con trastorno bipolar		
	Inicio temprano	Inicio en la adultez	Sin depresión	Inicio temprano	Inicio en la adultez	Sin depresión
Mujeres %	2.8	7.0	90.3	2.4	6.7	91
Hombres %	1.1	3.3	95.6	1.0	2.9	96.1
Población total %	2.0	5.2	92.8	1.7	4.9	93.4

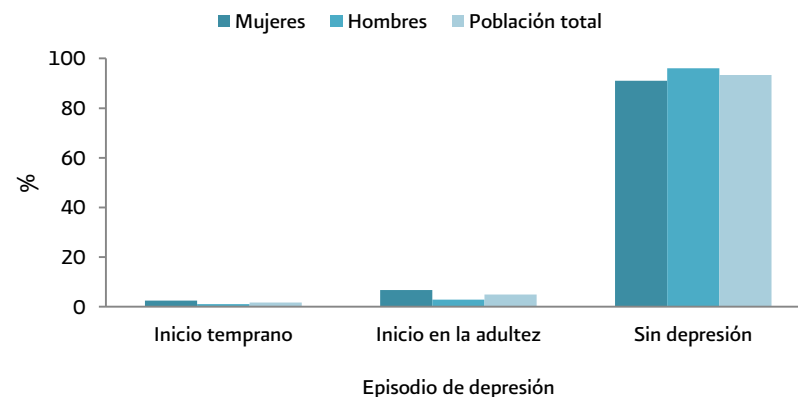
Fuente: La depresión con inicio temprano. Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), 2004.

Prevalencia de episodio de depresión mayor con inicio temprano y durante la adultez según sexo, ENEP 2004



Fuente: La depresión con inicio temprano. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2004.

Prevalencia de episodio de depresión excluyendo trastorno bipolar con inicio temprano y durante la adultez según sexo, ENEP 2004



Fuente: La depresión con inicio temprano. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2004.

En el cuadro y gráficas se presentan las prevalencias alguna vez en la vida de un episodio de depresión mayor y episodio de depresión excluyendo el trastorno bipolar, con inicio temprano y con inicio en la etapa adulta para mujeres, hombres y la población total. Se observa que para la población total el 2% ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad, asimismo la prevalencia de depresión en la adultez fue del 5.2%. En el caso de las mujeres la prevalencia de depresión con inicio temprano fue de 2.8% y en la adultez del 7.0%, para las hombres el 1.1 y 3.3% respectivamente.

Asociación entre el inicio temprano de la depresión y diferentes trastornos comórbidos, ajustados por el tiempo entre el primer episodio y la entrevista Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2001-2002				
Comorbilidades	Depresión con inicio temprano	Depresión con inicio en la adultez	IC 95%	p
	Razón de momios	Razón de momios		
Manía	2.1	1.0	0.7-8.5	0.141
Distimia	1.1	1.0	0.3-3.9	9.842
Agorafobia	3.9	1.0	1.3-11.7	0.018
Ansiedad generalizada	0.3	1.0	0.0-2.5	0.262
Pánico	2.3	1.0	0.8-6.5	0.106
Estrés postraumático	0.7	1.0	0.3-1.6	0.405
Fobia social	2.2	1.0	1.0-4.8	0.044
Fobia específica	1.2	1.0	0.7-2.1	0.0569
Ansiedad de separación	1.7	1.0	0.7-4.4	0.232
Depresión negativista desafiante	7.0	1.0	2.6-19.1	0.000
Trastorno disocial	5.0	1.0	1.9-12.9	0.001
Déficit de atención	2.1	1.0	0.5-8.6	0.293
Dependencia al alcohol	0.7	1.0	0.2-2.0	0.504
Dependencia a drogas	18.3	1.0	1.9-176.5	0.013

Fuente: La depresión con inicio temprano. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2004.

De acuerdo con las comorbilidades asociadas a la depresión se observó lo siguiente: en cuanto a otros trastornos afectivos hay 2.5 veces mayor probabilidad de manía, aunque esto no es significativo (IC 95% 0.7-8.5, $p= 0.141$). En cuanto a los trastornos de ansiedad, los deprimidos con inicio temprano tienen casi cuatro veces la probabilidad de desarrollar agorafobia, en comparación con los deprimidos que iniciaron cuando adultos (IC 95% 1.3-11.7, $p= 0.018$) y 2.2 veces la probabilidad de fobia social (IC 95% 1.0-4.8, $p= 0.044$). En relación con los trastornos de inicio en la infancia, los deprimidos con inicio temprano tienen 7.0 y 5.0 veces la probabilidad de haber tenido también un trastorno negativista desafiante y un trastorno disocial respectivamente, (IC 95% 2.6-19.1, $p= 0.000$; IC 95% 1.9-12.9, $p= 0.001$). De los trastornos por uso de sustancias, aquellos con inicio temprano tienen 18.3 veces la probabilidad de dependencia a drogas (IC 95% 1.9-176.5, $p= 0.013$). No hubo asociaciones significativas para los demás trastornos.

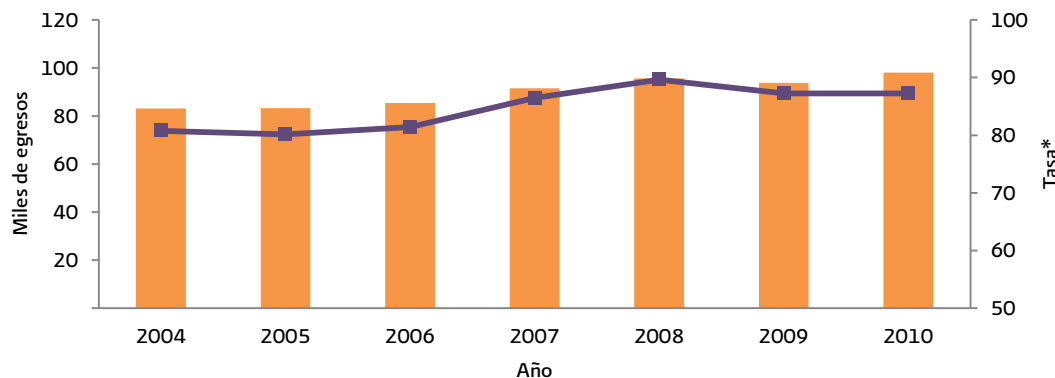
Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución, 2004-2010

Para la información de egresos hospitalarios a nivel nacional, se registran datos del sector público Secretaría de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS Oportunidades (IMSS-OP), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)). Se muestran datos desde el año 2004 al 2010 debido a que es el período con información confiable y validada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), y el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Los egresos hospitalarios resultan de suma importancia debido a que permiten obtener una aproximación del perfil de la morbilidad de la población beneficiaria. Dentro del área de Salud Mental los egresos hospitalarios representan un indicador primordial de la morbilidad en México; lo anterior puede observarse en el nivel de demanda y por otra parte, al estado de oferta de los Servicios de Salud. Por ello es indispensable construir proporciones de egresos hospitalarios que dan cuenta del grado del uso de los servicios hospitalarios para la atención en padecimientos relevantes; así como también es necesario el conocimiento de las condiciones de salud para adecuar la funcionalidad de los Servicios de Salud disponibles para la población.

La información se detalla por todo el sector en general y por cada institución ya que lo que se pretende mostrar es la diferencia que existe entre cada una de ellas y el impacto que tienen unas en relación con otras, vislumbrando en específico algún aspecto a resaltar. Se observa en la gráfica inferior la dinámica en relativo aumento en el comportamiento de egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas del año 2004 al 2010 y su tasa, que tuvo un incremento notable en el año 2008.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas, México 2004-2010

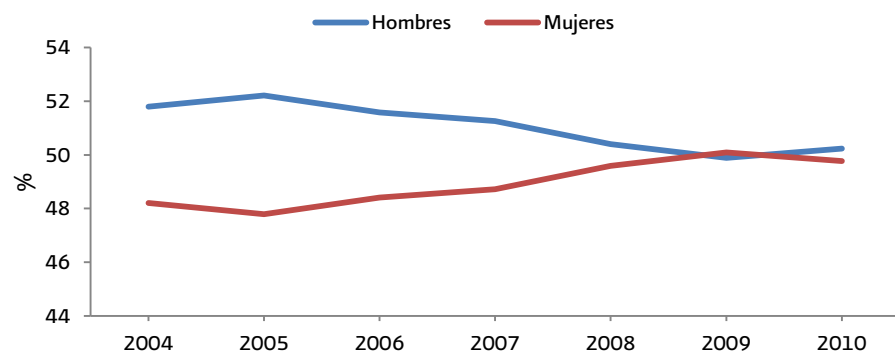


Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

*Tasa por 100 mil habitantes.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, 2004-2010

Proporción de la morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, México 2004-2010



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, México 2004-2010

Año	Hombres	Mujeres	No Especificado	Total general
2004	43 094	40 102	3	83 199
2005	43 507	39 819	2	83 328
2006	44 036	41 332	4	85 372
2007	46 893	44 561	19	91 473
2008	48 207	47 429	9	95 645
2009	46 809	47 000	16	93 825
2010	49 231	48 773	8	98 012

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Para la información de morbilidad hospitalaria del Sector Salud por sexo, se muestran cifras totales por Trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas en hombres y mujeres en los años seleccionados; además se construyeron proporciones del número de egresos por cada sexo en relación al total de egresos para obtener la gráfica del lado superior izquierdo.

Se observa una mayor proporción en cuanto a los egresos de hombres encima de las cifras de las mujeres sin embargo, las tendencias han ido cambiando a través de los años: se muestra que el sexo masculino ha ido disminuyendo sus cifras de egresos por algún trastorno mental, en cambio el sexo femenino ha ido en aumento. Para el año 2009 estas tendencias se cruzan de manera que se invierten las proporciones quedando por muy poco las mujeres arriba de los hombres.

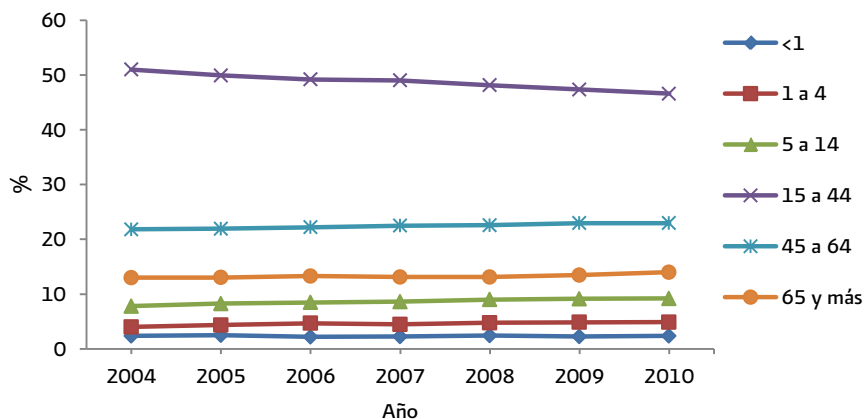
Existe un incremento porcentual en hombres, del año 2004 al 2009, de 8.6 puntos; y en cuanto a las mujeres, durante el mismo período, el cambio porcentual ha aumentado 17.2 puntos. En el año 2010, las cifras de los egresos en mujeres van en disminución y las cifras en los hombres van a la alza.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según grupos de edad, 2004-2010

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupos de edad, México 2004-2010								
Año	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y más	No Especificado	Total general
2004	1 976	3 321	6 487	42 448	18 152	10 813	2	83 199
2005	2 073	3 619	6 884	41 615	18 274	10 856	7	83 328
2006	1 860	3 975	7 240	41 999	18 946	11 340	12	85 372
2007	2 057	4 097	7 883	44 849	20 576	12 006	5	91 473
2008	2 323	4 548	8 608	46 047	21 585	12 533	1	95 645
2009	2 115	4 544	8 562	44 433	21 536	12 634	1	93 825
2010	2 322	4 779	9 011	45 668	22 498	13 726	8	98 012

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Proporción* de la morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupos de edad, México 2004-2010



*El número de egresos por Trastornos mentales de ese grupo de edad respecto al total de egresos por Trastornos mentales de ese mismo año.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Respecto a grupos de edad en el Sector Salud, el sistema posee grupos que no son constituidos quinquenalmente, sin embargo, los grupos establecidos pueden dar una noción del impacto que existe en algún grupo en específico. En los años seleccionados, se observa que se concentran mayores cifras en la proporción de egresos en las personas de 15 a 44 años de edad, mostrando un decremento con el paso de los años, con una proporción de 51.0% en el 2004 a llegar a 47.4% en el 2009 respecto al total de egresos; en segunda posición (muy por debajo del primer grupo) se encuentra el grupo de edad de 45 a 64 años que se ha mantenido prácticamente uniforme a través del tiempo (21.8% en el 2004 y 23.0% en el año 2009). En el año 2010, en el grupo de edad de 15 a 44 años las cifras disminuyen claramente respecto al año pasado inmediato.

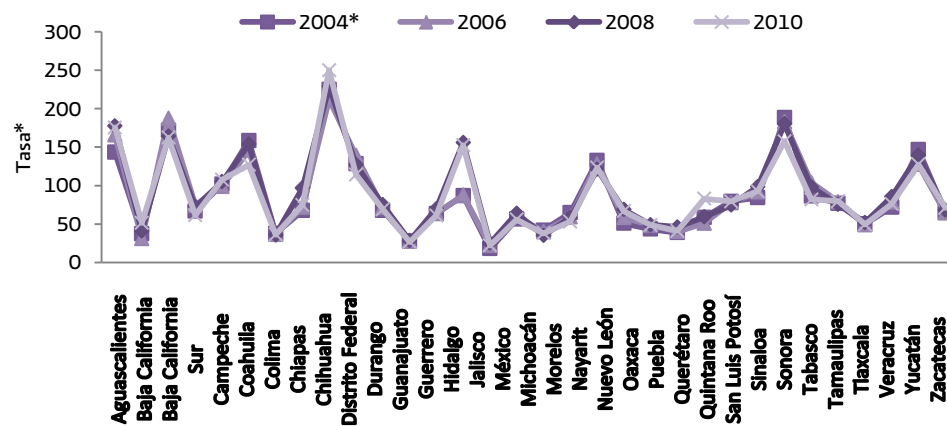
Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa de atención, 2004-2010

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa de atención, México 2004-2009							
Entidad de atención	2004*	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Estados Unidos Mexicanos	83 199	83 328	85 372	91 473	95 645	93 825	98 012
Aguascalientes	1 504	1 669	1 803	1 694	1 995	2 129	2 078
Baja California	1 025	896	907	1 109	1 260	1 571	1 627
Baja California Sur	850	1 037	982	965	905	861	1 034
Campeche	502	514	571	550	570	471	506
Coahuila	2 528	2 578	2 516	2 753	2 731	2 796	2 959
Colima	890	827	842	839	911	755	826
Chiapas	1 609	1 554	1 595	1 568	1 589	1 692	1 745
Chihuahua	2 175	2 193	2 364	2 294	3 253	2 634	2 547
Distrito Federal	19 808	18 986	18 728	20 009	20 194	20 054	22 127
Durango	1 947	2 079	2 129	1 920	1 966	1 978	1 866
Guanajuato	3 324	3 167	3 556	3 690	3 771	3 777	3 789
Guerrero	880	907	888	769	893	904	907
Hidalgo	1 496	1 535	1 521	1 551	1 684	1 776	1 626
Jalisco	5 839	5 783	5 983	9 984	10 837	10 223	11 199
México	2 495	2 713	3 149	3 548	3 670	3 287	3 373
Michoacán	2 270	2 311	2 402	2 449	2 534	2 370	2 428
Morelos	675	664	657	591	586	678	674
Nayarit	618	542	570	640	564	610	576
Nuevo León	5 513	5 172	5 473	5 318	5 321	5 346	5 733
Oaxaca	1 805	1 929	2 075	2 184	2 441	2 358	2 537
Puebla	2 324	2 728	2 667	2 538	2 742	2 691	2 806
Querétaro	607	657	651	698	780	732	752
Quintana Roo	633	585	600	618	750	1 034	1 098
San Luis Potosí	1 922	1 838	1 898	1 946	1 847	1 827	2 050
Sinaloa	2 218	2 329	2 415	2 257	2 610	2 607	2 568
Sonora	4 492	4 605	4 460	4 410	4 482	4 164	4 197
Tabasco	1 722	1 741	2 096	2 149	2 001	2 085	1 831
Tamaulipas	2 302	2 252	2 430	2 340	2 382	2 396	2 609
Tlaxcala	530	494	533	498	582	574	578
Veracruz	5 154	5 581	5 665	6 197	6 204	5 750	5 818
Yucatán	2 642	2 575	2 358	2 491	2 649	2 659	2 490
Zacatecas	900	887	888	906	941	1 036	1 058

**Incluye SEDENA.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Distribución de la tasa de Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa, México 2004, 2006, 2008 y 2010



*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

En los años seleccionados, el Distrito Federal es quien cuenta con las tasas de egresos hospitalarios más elevadas en todo el país; se observa que en algunos estados las tasas han aumentado notablemente hasta el año 2008, como: Aguascalientes, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca y Sinaloa, sin embargo en el año 2010 las tasas de egresos de los estados anteriormente mencionados disminuyeron.

En los años observados, el estado de México es el que posee las tasas más bajas en egresos, seguido del estado de Guerrero. Y en el último año seleccionado, solo Baja California, Coahuila, Distrito Federal, Quintana Roo y Zacatecas poseen tasas elevadas en comparación con los años pasados.

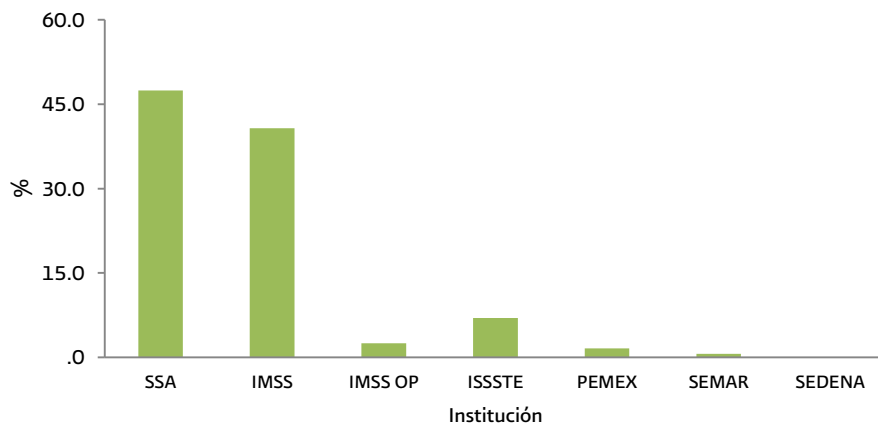
Dinámica de los egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas, 2004-2009 y por institución 2009

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución, México 2004-2010															
Año	SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR		SEDENA		Total general
	Egresos	Peso relativo*	Egresos	Peso relativo*	Egresos	Peso relativo*	Egresos	Peso relativo*	Egresos	Peso relativo*	Egresos	Peso relativo*	Egresos	Peso relativo*	Egresos
2004	39 443	47.4	32 064	38.5	2 044	2.5	5 578	6.7	1 628	2.0	239	0.3	2 204	2.6	83 199
2005	42 188	50.6	31 657	38.0	2 255	2.7	5 375	6.5	1 590	1.9	222	0.3	0	0.0	83 328
2006	44 032	51.6	31 010	36.3	2 190	2.6	6 087	7.1	1 738	2.0	315	0.4	0	0.0	85 372
2007	46 109	50.4	34 556	37.8	2 362	2.6	6 141	6.7	2 007	2.2	298	0.3	0	0.0	91 473
2008	46 923	49.1	37 623	39.3	2 254	2.4	6 476	6.8	1 896	2.0	473	0.5	0	0.0	95 645
2009	45 330	48.3	37 416	39.9	2 365	2.5	6 517	6.9	1 716	1.8	481	0.5	0	0.0	93 825
2010	46 500	47.4	39 923	40.7	2 498	2.5	6 856	7.0	1 581	1.6	654	0.7	0	0.0	98 012

*Respecto al total de egresos hospitalarios por trastornos mentales de todo el sector salud.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Proporción de egresos hospitalarios de cada institución respecto al total de egresos por trastornos mentales de todo el Sector Salud, México 2010

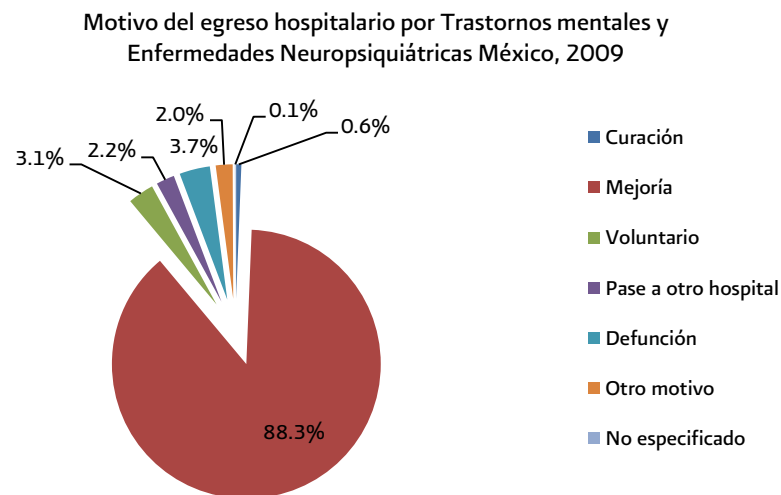


Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

El cuadro por año y por institución señala que, al paso de los años, los egresos hospitalarios fueron en aumento, sin embargo, en 2009 disminuyeron sorpresivamente (cerca de 2 000 egresos respecto al año anterior) en todo el sector salud. Se observa el peso relativo de cada institución en relación al total de egresos hospitalarios de todo el sector salud en 2010: indudablemente el primer lugar lo ocupa la SSA con 47.4% seguido del IMSS con 40.7%, ambas instituciones sobrepasan en proporción por mucho a las demás.

Motivo del egreso hospitalario por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución, 2009

En 2009 por motivo de egreso hospitalario las cifras más altas en todo el sector están en mejoría con un 88.3% en segundo lugar el motivo de defunción cubre tan sólo el 3.7% de los egresos y en tercer lugar está el motivo de egreso voluntario que cuenta con 3.1% del total de ellos. En cuanto al motivo de egreso por mejoría e institución, la Secretaría de Salud es la que posee un mayor número de egresos (40 132); seguido del IMSS con 32 979 egresos. En tercera posición, aunque con un registro muy por debajo de las primeras dos instituciones, se encuentra el ISSSTE con 5 788 egresos hospitalarios.



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Motivo del egreso hospitalario por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución, México 2009														
Motivo del egreso	SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR		Total general	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Curación	160	0.4	351	0.9	15	0.6	27	0.4	2	0.1	30	6.2	585	0.6
Mejoría	40 132	88.5	32 979	88.1	1 948	82.4	5 788	88.8	1 574	91.7	424	88.1	82 845	88.3
Voluntario	2 209	4.9	430	1.1	132	5.6	159	2.4	0	0.0	4	0.8	2 934	3.1
Pase a otro hospital	882	1.9	703	1.9	213	9.0	159	2.4	81	4.7	19	4.0	2 057	2.2
Defunción	1 104	2.4	2 022	5.4	17	0.7	245	3.8	56	3.3	4	0.8	3 448	3.7
Otro motivo	780	1.7	931	2.5	40	1.7	139	2.1	3	0.2	0	0.0	1 893	2.0
No especificado	63	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	63	0.1
Total general	45 330	100	37 416	100	2 365	100	6 517	100	1 716	100	481	100	93 825	100

Porcentaje de cada motivo de egreso respecto al total de egresos de cada sector salud.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupo de edad, 2009

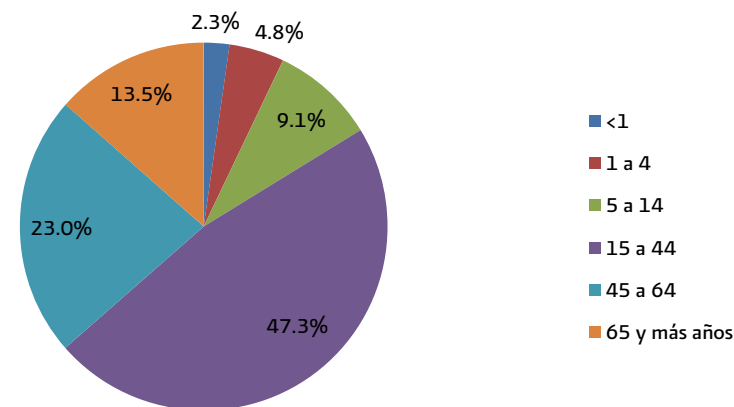
Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupo de edad, México 2009														
Grupos de edad	SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR		Total general	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
<1	1 154	2.5	816	2.2	4	0.2	110	1.7	15	0.9	16	3.3	2 122	2.3
1 a 4	2 161	4.8	1 884	5.0	233	9.9	206	3.2	47	2.7	13	2.7	4 570	4.8
5 a 14	3 879	8.6	3 630	9.7	304	12.9	631	9.7	89	5.2	29	6.0	8 608	9.1
15 a 44	26 143	57.7	14 406	38.5	1 264	53.4	1 893	29.0	456	26.6	271	56.3	44 638	47.3
45 a 64	8 885	19.6	9 651	25.8	320	13.5	2 009	30.8	578	33.7	93	19.3	21 659	23.0
65 y más años	3 107	6.9	7 029	18.8	240	10.1	1 668	25.6	531	30.9	59	12.3	12 726	13.5
No Especificado	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
Total general	45 330	100	37 416	100	2 365	100	6 517	100	1 716	100	481	100	93 825	100

Porcentaje de cada grupo de edad respecto al total de egresos de cada sector salud.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Según el Sector Salud por grupos de edad, existe una mayor cifra en egresos hospitalarios en las personas de 15 a 44 años de edad el 47% del total de egresos, seguido del grupo de edad de 45 a 64 años con un 23%. En cuanto a cada una de las instituciones, ambos grupos de edad ocupan los primeros lugares en egresos: en la Secretaría de Salud el 58% corresponde a las personas de 15 a 44 años de edad y el 20% a los de 45 a 64 años. El IMSS tiene 39% en el primer grupo de edad y 26% en el segundo. Para el ISSSTE el mayor porcentaje de egresos le pertenece al grupo de 45 a 64 años de edad, seguido del grupo de 15 a 44 años (31% y 29% respectivamente). Una cuestión interesante en la información que aparece en el sistema de egresos es la disparidad en los grupos de edad en la que no se trabaja con quinquenios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupo de edad, México 2009



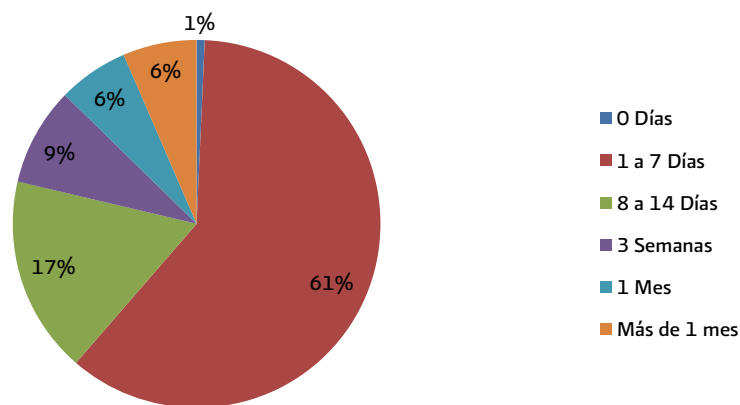
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución y tiempo de estancia, 2009

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución y tiempo de estancia, México 2009							
Tiempo de estancia	SSA	IMSS	IMSS OP	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	Total general
0 Días	658	0	0	0	0	0	658
1 a 7 Días	22 078	25 761	2 248	4 908	1 500	425	56 920
8 a 14 Días	7 824	7 252	93	885	162	41	16 257
3 Semanas	5 433	2 316	9	296	29	8	8 091
1 Mes	4 398	1 102	7	283	12	4	5 806
Más de 1 mes	4 939	985	8	145	13	3	6 093
Total general	45 330	37 416	2 365	6 517	1 716	481	93 825

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según tiempo de estancia, México 2009



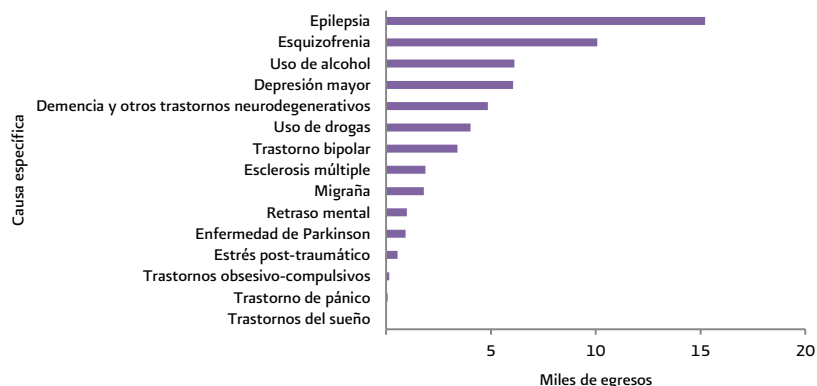
Fuente: DGIS. Base de Egresos Hospitalarios.

Los días de estancia indican el tiempo en que los pacientes permanecen en alguna institución en el caso de los padecimientos psiquiátricos dependiendo de estos, los pacientes mantienen constantes visitas y/o hacen estancias de cierto período dentro del Sector Salud.

Según el tiempo de estancia en general, el promedio de días en que los pacientes permanecen más en alguna institución es de 1 a 7 días, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social el que posee mayores cifras para esos días. En cuanto a los períodos de tiempo posteriores, la Secretaría de Salud es quien cubre la mayor parte de las cifras en estancia de pacientes.

Principales causas de Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución, 2009

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica, México 2009



Dentro de las principales causas de morbilidad hospitalaria en 2009 se encuentran: Epilepsia, Esquizofrenia, uso del alcohol, Depresión y Demencia; ocupando la primera causa el 16.2% respecto al total de egresos por trastornos mentales. Desagregado por instituciones, la Secretaría de Salud (SS) registra el mayor número de egresos (48.3%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social que cuenta con 39.9%. Si se observan cada una de las causas de egreso y su distribución por cada sector, la causa de egreso hospitalario en la SS con mayor prevalencia es el uso de drogas (84.6%) y en segunda posición se ubica el retraso mental (82.2%); sin embargo en el IMSS la causa de egreso más frecuente es esclerosis múltiple con 69.7% seguido de trastornos del sueño con 61.1% respecto al total de instituciones.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica e institución, México 2009

Causa específica	Total general		SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR	
	Egresos	%*	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Total general	93 825	100.0	45 330	48.3	37 416	39.9	2 365	2.5	6 517	6.9	1 716	1.8	481	0.5
Epilepsia	15 222	16.2	6 672	43.8	6 075	39.9	1 104	7.3	1 022	6.7	271	1.8	78	0.5
Esquizofrenia	10 071	10.7	7 554	75.0	2 231	22.2	32	0.3	202	2.0	31	0.3	21	0.2
Uso de alcohol	6 125	6.5	4 655	76.0	831	13.6	426	7.0	194	3.2	5	0.1	14	0.2
Depresión mayor	6 052	6.5	3 442	56.9	2 147	35.5	72	1.2	299	4.9	40	0.7	52	0.9
Demencia y otros trastornos neurodegenerativos	4 847	5.2	1 553	32.0	2 703	55.8	29	0.6	463	9.6	81	1.7	18	0.4
Uso de drogas	4 033	4.3	3 413	84.6	560	13.9	22	0.5	27	0.7	7	0.2	4	0.1
Trastorno bipolar	3 404	3.6	2 638	77.5	652	19.2	2	0.1	93	2.7	9	0.3	10	0.3
Esclerosis múltiple	1 878	2.0	328	17.5	1 309	69.7	9	0.5	210	11.2	20	1.1	2	0.1
Migraña	1 800	1.9	351	19.5	1 014	56.3	118	6.6	259	14.4	30	1.7	28	1.6
Retraso mental	990	1.1	814	82.2	149	15.1	3	0.3	23	2.3	1	0.1	0	0.0
Enfermedad de Parkinson	923	1.0	195	21.1	523	56.7	37	4.0	152	16.5	8	0.9	8	0.9
Estrés post-traumático	544	0.6	231	42.5	220	40.4	29	5.3	55	10.1	4	0.7	5	0.9
Trastornos obsesivo-compulsivos	148	0.2	94	63.5	44	29.7	0	0.0	7	4.7	2	1.4	1	0.7
Trastorno de pánico	66	0.1	30	45.5	22	33.3	1	1.5	9	13.6	3	4.5	1	1.5
Trastornos del sueño	18	0.0	5	27.8	11	61.1	0	0.0	1	5.6	1	5.6	0	0.0
Las demás causas	37 704	40.2	13 355	35.4	18 925	50.2	481	1.3	3 501	9.3	1 203	3.2	239	0.6

*Proporción de egresos por causa específica respecto al total de egresos por Trastornos mentales.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según Entidad Federativa de Atención e Institución, 2010

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa de atención e institución, México 2010							
Entidad de atención	SSA	IMSS	IMSS OP	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	Total general
Estados Unidos Mexicanos	46 500	39 923	2 498	6 856	1 581	654	98 012
Aguascalientes	1 572	419	0	87	0	0	2 078
Baja California	208	1 207	43	149	0	20	1 627
Baja California Sur	564	397	0	59	0	14	1 034
Campeche	191	184	18	57	38	18	506
Coahuila	852	1 652	124	331	0	0	2 959
Colima	458	267	0	84	0	17	826
Chiapas	1 122	247	230	131	0	15	1 745
Chihuahua	784	1 362	119	282	0	0	2 547
Distrito Federal	12 061	7 586	0	1 873	364	243	22 127
Durango	1 152	532	58	124	0	0	1 866
Guanajuato	2 349	1 190	0	177	73	0	3 789
Guerrero	413	306	0	141	0	47	907
Hidalgo	972	362	150	133	9	0	1 626
Jalisco	3 422	7 387	0	382	0	8	11 199
México	1 721	1 585	0	67	0	0	3 373
Michoacán	1 232	743	161	282	0	10	2 428
Morelos	209	367	0	98	0	0	674
Nayarit	214	213	27	118	0	4	576
Nuevo León	1 124	4 301	0	208	100	0	5 733
Oaxaca	1 591	331	344	176	65	30	2 537
Puebla	1 149	1 269	172	216	0	0	2 806
Querétaro	276	409	0	67	0	0	752
Quintana Roo	441	565	0	74	0	18	1 098
San Luis Potosí	992	680	163	215	0	0	2 050
Sinaloa	1 137	1 214	35	148	0	34	2 568
Sonora	3 028	958	0	194	0	17	4 197
Tabasco	1 423	215	0	79	111	3	1 831
Tamaulipas	1 188	663	44	352	324	38	2 609
Tlaxcala	343	193	0	42	0	0	578
Veracruz	2 555	2 184	126	345	497	111	5 818
Yucatán	1 475	681	272	55	0	7	2 490
Zacatecas	282	254	412	110	0	0	1 058

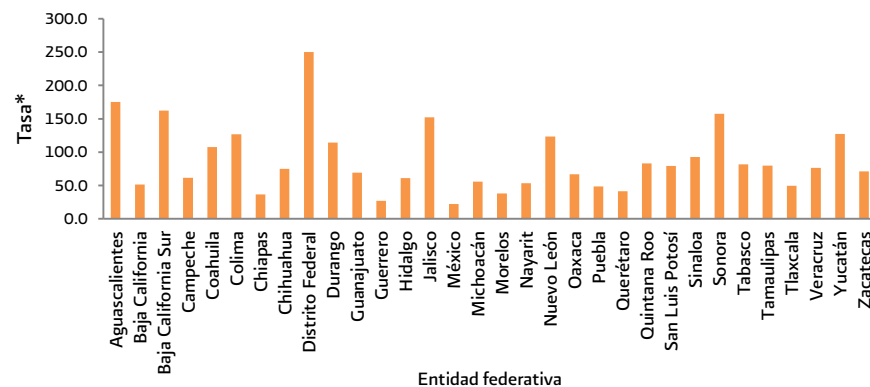
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Para una mejor visión de egresos hospitalarios, se hizo un desglose a detalle del último año (2010) con la información validada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

En el 2010 por entidad federativa, el Distrito Federal es el que cuenta con más egresos (un total de 22 127 es decir una tasa de 250 egresos por cada 100 mil habitantes) y Jalisco ocupa el segundo sitio mostrando 11 199 egresos (una tasa de 152 egresos por cada 100 mil habitantes). En la gráfica se observa que el Distrito Federal es líder en las tasas de egreso hospitalario.

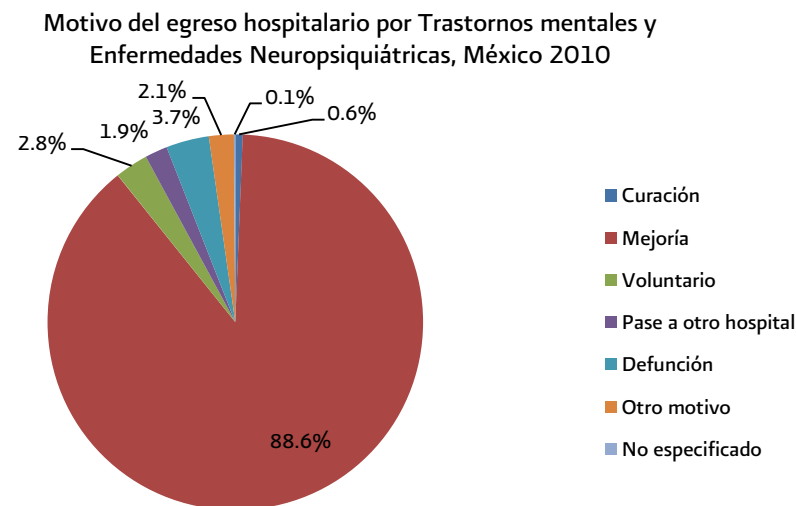
Por Sector Salud, la Secretaría de Salud se mantiene en primer lugar con un total de 46 500 egresos, seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social que posee 39 923 egresos.

Distribución de la tasa de Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa, México 2010



Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según motivo de egreso e institución, 2010

En el año 2010 en cuanto al motivo de egreso hospitalario, Mejoría (88.6%) es el que se muestra en primer lugar, seguido de Defunción (3.7%). Distinguiendo por institución, la Secretaría de Salud cuenta con el mayor número de egresos por Mejoría (41 427 egresos, es decir, 89.1% respecto al resto de los motivos de egreso de la SSA), seguido del motivo de egreso voluntario, que cuenta con 2 119 (4.6% en relación al total de motivos de egreso dentro de la misma institución); en segundo lugar se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, mostrando 35 303 egresos (88.4% en relación al resto de los motivos de egreso del IMSS), seguido de Defunción, que posee 2 087 egresos (5.2% respecto al resto de los motivos de egreso de la misma institución).



Motivo del egreso hospitalario por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución, México 2010														
Motivo del egreso	SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR		Total general	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Curación	194	0.4	395	1.0	12	0.5	22	0.3	0	0	6	0.9	629	0.6
Mejoría	41 427	89.1	35 303	88.4	2 044	81.8	6 038	88.1	1 423	90.0	616	94.2	86 851	88.6
Voluntario	2 119	4.6	397	1.0	139	5.6	110	1.6	24	1.5	3	0.5	2 792	2.8
Pase a otro hospital	657	1.4	742	1.9	230	9.2	178	2.6	71	4.5	18	2.8	1 896	1.9
Defunción	1 165	2.5	2 087	5.2	30	1.2	273	4.0	59	3.7	11	1.7	3 625	3.7
Otro motivo	842	1.8	999	2.5	43	1.7	209	3.0	4	0.3	0	0	2 097	2.1
No especificado	96	0.2	0	0.0	0	0.0	26	0.4	0	0	0	0	122	0.1
Total general	46 500	100	39 923	100	2 498	100	6 856	100	1 581	100	654	100	98 012	100

Porcentaje de cada motivo de egreso respecto al total de egresos de cada sector salud.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

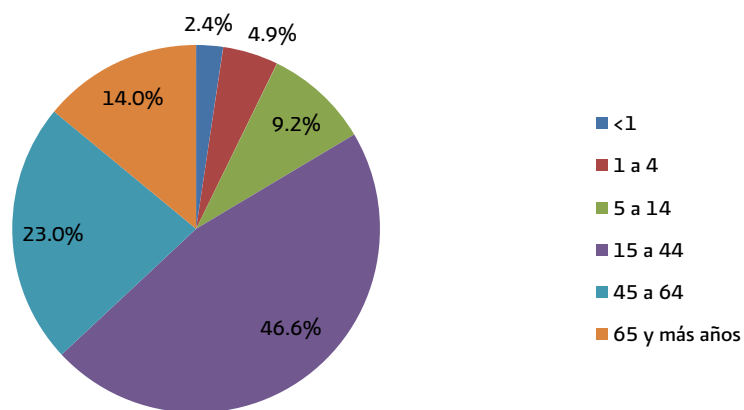
Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupos de edad e institución, 2010

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupo de edad, México 2010														
Grupos de edad	SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR		Total general	
	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
<1	1 281	2.8	910	2.3	0	0	103	1.5	9	0.6	19	2.9	2 322	2.4
1 a 4	2 362	5.1	1 858	4.7	254	10.2	243	3.5	36	2.3	26	4.0	4 779	4.9
5 a 14	3 913	8.4	3 947	9.9	332	13.3	680	9.9	83	5.2	56	8.6	9 011	9.2
15 a 44	26 516	57.0	15 271	38.3	1 263	50.6	1 911	27.9	378	23.9	329	50.3	45 668	46.6
45 a 64	9 099	19.6	10 183	25.5	422	16.9	2 110	30.8	546	34.5	138	21.1	22 498	23.0
65 y más años	3 321	7.1	7 754	19.4	227	9.1	1 809	26.4	529	33.5	86	13.1	13 726	14.0
No Especificado	8	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	0.0
Total general	46 500	100	39 923	100	2 498	100	6 856	100	1 581	100	654	100	98 012	100

Porcentaje de cada grupo de edad respecto al total de egresos de cada sector salud.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según grupo de edad, México 2010



En cuanto a la morbilidad hospitalaria por grupos de edad e institución, se encuentra en general que el grupo de edad con el mayor número de egresos (45 668) es el de 15 a 44 años, seguido del grupo de 45 a 64 años de edad (22 498 egresos).

La Secretaría de Salud muestra un 57% en egresos en cuanto al primer grupo de edad y un 19.6% para el segundo grupo de edad.

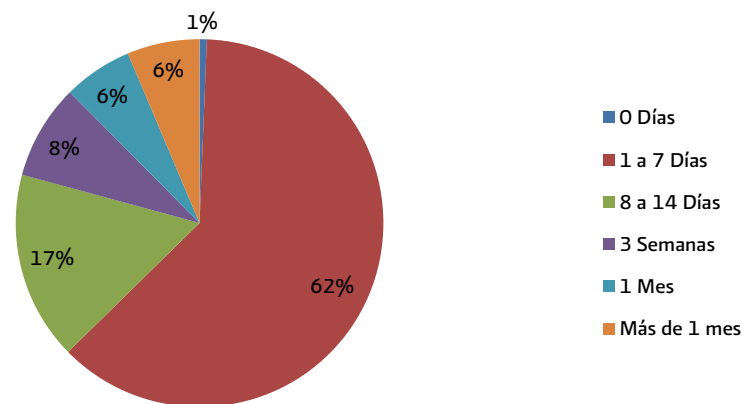
Nuevamente, la cuestión a mencionar es que no se trabaja con quinquenios por lo que los egresos se pueden acumular más en algunos grupos por el rango tan grande de edad con que están conformados.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según tiempo de estancia e institución, 2010

Según el tiempo de estancia en este último año registrado, se muestra un mayor número de pacientes que permanecen en alguna institución de 1 a 7 días, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social el primero que tiene las mayores cifras para esos días. En cuanto a los períodos de tiempo posteriores (8 a 14 días), la Secretaría de Salud es quien cubre la mayor parte de las cifras en estancia de pacientes.

Para el período de 0 días de estancia, la única institución que cuenta con pacientes registrados es la SSA. En el período de 3 semanas, la SS es el que posee mayores cifras, seguido del IMSS.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según tiempo de estancia, México 2010

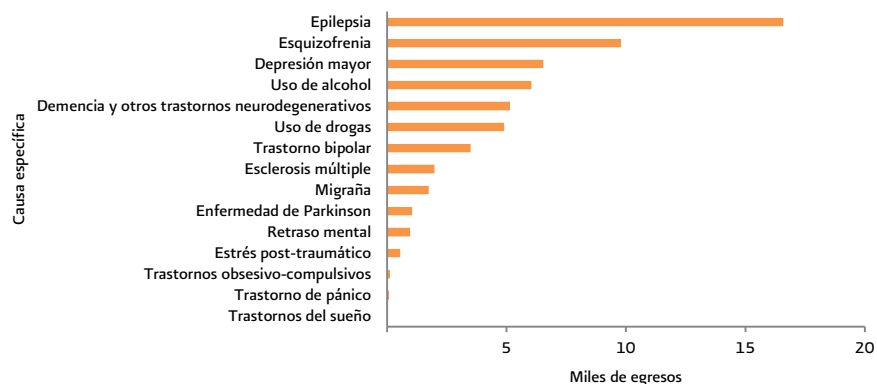


Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según institución y tiempo de estancia, México 2010							
Tiempo de estancia	SSA	IMSS	IMSS OP	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	Total general
0 Días	624	0	0	0	0	0	624
1 a 7 Días	23 169	28 170	2 384	5 157	1 361	548	60 789
8 a 14 Días	7 692	7 293	75	971	156	64	16 251
3 Semanas	5 307	2 444	16	321	35	25	8 148
1 Mes	4 556	1 098	6	269	12	7	5 948
Más de 1 mes	5 152	918	17	138	17	10	6 252
Total general	46 500	39 923	2 498	6 856	1 581	654	98 012

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica e institución, 2010

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica, México 2010



Las causas de egreso hospitalario en este año están ordenadas por el total general, y en primer lugar se encuentra la Epilepsia, con una proporción de 16.9 respecto al resto de las causas. Según institución, la Secretaría de Salud muestra como primera causa, la Esquizofrenia, con un total de 7 277 egresos, es decir, una proporción de 74.4 respecto a las demás instituciones; para la segunda causa está la Epilepsia, con 6 937 egresos (con una proporción de 41.8 respecto a las demás instituciones). En el Instituto Mexicano del Seguro Social se observa como primer lugar en causas la Epilepsia con 6 912 egresos, en segundo lugar está la Demencia y otros trastornos neurodegenerativos con 2 789 egresos.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica e institución, México 2010

Causa específica	Total general		SSA		IMSS		IMSS OP		ISSSTE		PEMEX		SEMAR	
	Egresos	%*	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%	Egresos	%
Total general	98 012	100.0	46 500	47.4	39 923	40.7	2 498	2.5	6 856	7.0	1 581	1.6	654	0.7
Epilepsia	16 590	16.9	6 937	41.8	6 912	41.7	1 150	6.9	1 247	7.5	226	1.4	118	0.7
Esquizofrenia	9 786	10.0	7 277	74.4	2 239	22.9	32	0.3	184	1.9	25	0.3	29	0.3
Depresión mayor	6 538	6.7	3 543	54.2	2 498	38.2	85	1.3	305	4.7	31	0.5	76	1.2
Uso de alcohol	6 047	6.2	4 428	73.2	973	16.1	452	7.5	165	2.7	16	0.3	13	0.2
Demencia y otros trastornos neurodegenerativos	5 145	5.2	1 683	32.7	2 789	54.2	39	0.8	527	10.2	86	1.7	21	0.4
Uso de drogas	4 907	5.0	4 227	86.1	557	11.4	35	0.7	81	1.7	6	0.1	1	0.0
Trastorno bipolar	3 493	3.6	2 747	78.6	639	18.3	4	0.1	84	2.4	7	0.2	12	0.3
Esclerosis múltiple	1 984	2.0	350	17.6	1 401	70.6	13	0.7	204	10.3	14	0.7	2	0.1
Migraña	1 735	1.8	309	17.8	1 003	57.8	104	6.0	253	14.6	35	2.0	31	1.8
Enfermedad de Parkinson	1 049	1.1	214	20.4	581	55.4	34	3.2	181	17.3	14	1.3	25	2.4
Retraso mental	967	1.0	790	81.7	147	15.2	3	0.3	21	2.2	4	0.4	2	0.2
Estrés post-traumático	543	0.6	250	46.0	233	42.9	18	3.3	26	4.8	4	0.7	12	2.2
Trastornos obsesivo-compulsivos	122	0.1	85	69.7	31	25.4	0	0.0	1	.8	1	0.8	4	3.3
Trastorno de pánico	78	0.1	42	53.8	24	30.8	0	0.0	4	5.1	6	7.7	2	2.6
Trastornos del sueño	16	0.0	5	31.3	6	37.5	0	0.0	3	18.8	2	12.5		0.0
Las demás causas	39 012	39.8	13 613	34.9	19 890	51.0	529	1.4	3 570	9.2	1 104	2.8	306	0.8

*Proporción de egresos por causa específica respecto al total de egresos por Trastornos mentales.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica y sexo, 2010

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica y sexo, 2010							
Causa específica	Masculino		Femenino		No Especificado	Total general	
	Egresos	Tasa*	Egresos	Tasa*	Egresos	Egresos	Tasa*
Total General	49 231	89.7	48 773	84.9	8	98 012	87.2
Epilepsia	8 538	15.6	8 051	14.0	1	16 590	14.8
Esquizofrenia	5 313	9.7	4 471	7.8	2	9 786	8.7
Depresión mayor	1 622	3.0	4 916	8.6	0	6 538	5.8
Uso de alcohol	5 218	9.5	829	1.4	0	6 047	5.4
Demencia y otros trastornos neurodegenerativos	2 709	4.9	2 436	4.2	0	5 145	4.6
Uso de drogas	4 147	7.6	759	1.3	1	4 907	4.4
Trastorno bipolar	1 216	2.2	2 277	4.0	0	3 493	3.1
Esclerosis múltiple	739	1.3	1 245	2.2	0	1 984	1.8
Migraña	483	0.9	1 252	2.2	0	1 735	1.5
Enfermedad de Parkinson	624	1.1	424	0.7	1	1 049	0.9
Retraso mental	550	1.0	417	0.7	0	967	0.9
Estrés post-traumático	182	0.3	361	0.6	0	543	0.5
Trastornos obsesivo-compulsivos	56	0.1	66	0.1	0	122	0.1
Trastorno de pánico	31	0.1	47	0.1	0	78	0.1
Trastornos del sueño	6	0.0	10	0.0	0	16	0.0
Las demás causas	17 797	32.4	21 212	36.9	3	39 012	34.7

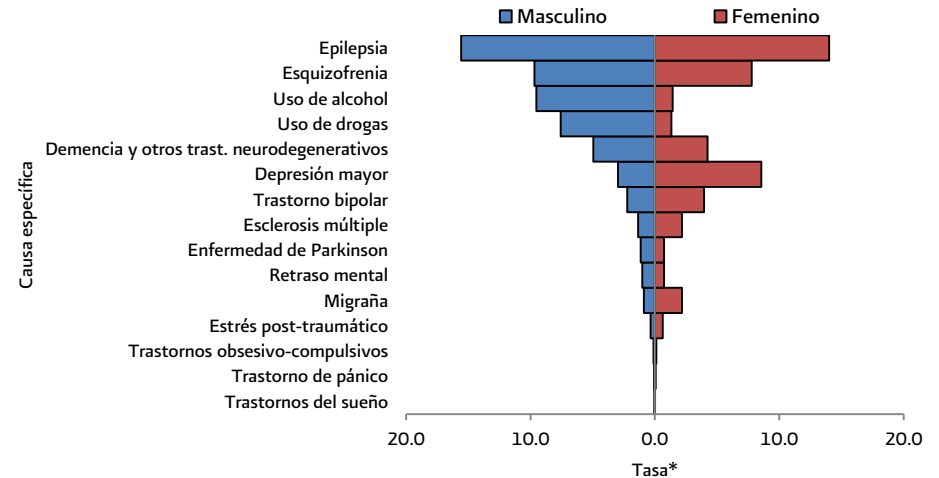
*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de Egresos Hospitalarios.

Se muestran las causas de egreso hospitalario ordenado por el sexo masculino: en primer sitio, (tasa de 15.6) y mujeres (tasa de 14.0) está la Epilepsia. Las segunda causa de egreso en hombres es la Esquizofrenia, con una tasa de 9.7 por 100 mil habitantes. Para las mujeres, el segundo lugar en egresos lo ocupa la Depresión, con una tasa de 8.6. La tercera causa de egreso para el sexo masculino es el uso de alcohol, mostrando una tasa de 9.5 en las mujeres es la Esquizofrenia, con una tasa de 7.8.

El orden de las causas de egreso hospitalario es distinto para cada uno de los sexos y las tasas en hombres sobrepasan a las mujeres.

Principales causas de egreso hospitalario por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, 2010



Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso, Secretaría de Salud 2000-2010

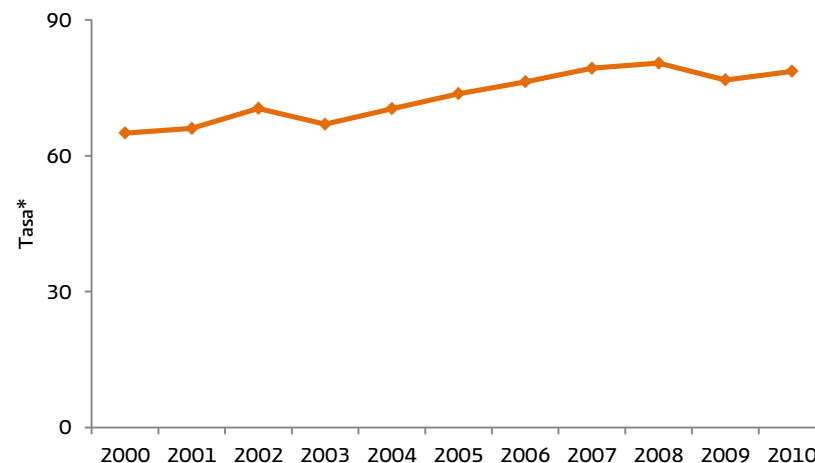
Total de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso en la SSA, 2000-2010				
Año	Total de egresos	Egresos por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	Peso relativo %*	Tasa**
2000	1 416 807	32 563	2.30	65.0
2001	1 526 021	34 085	2.23	66.0
2002	1 639 154	37 428	2.28	70.5
2003	1 707 909	36 521	2.14	67.0
2004	1 795 795	39 343	2.19	70.4
2005	1 980 961	42 188	2.13	73.7
2006	2 099 946	44 032	2.10	76.3
2007	2 311 826	46 109	1.99	79.3
2008	2 463 847	46 923	1.90	80.5
2009	2 598 309	45 330	1.74	76.7
2010	2 634 339	46 500	1.77	78.6

*Respecto al total de egresos hospitalarios por cada año.

**Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Tasa de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en la SSA, 2000-2010



* Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

En lo que corresponde a información exclusiva de la Secretaría de Salud sobre la morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades neuropsiquiátricas se encontró lo siguiente:

De manera general se observa una tendencia en ascenso del total de egresos hospitalarios de 32 563 en el año 2000 a 46 500 en 2010, sin embargo el mayor número de egresos por éstas causas se observó en 2008, dicha tendencia se observa en el comportamiento de la tasa de egreso, 65.0 en el 2000, 73.7 en 2005, 80.5 en 2008 y 78.6 en 2010.

Así mismo la proporción de egresos por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas respecto al total de egresos disminuyó de 2.3% en 2000 a 1.7% en 2010. Esto puede atribuirse a varias razones: la primera puede ser a un subregistro de la morbilidad hospitalaria es decir, que pacientes que requiere atención hospitalaria no están demandándola; otra puede ser el aumento de pacientes en condición de ambulatorio, y que en algunos casos, si se requiere algún internamiento.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según sexo, Secretaría de Salud 2000-2010

De acuerdo a la información desagregada por sexo se extraen las siguientes reflexiones:

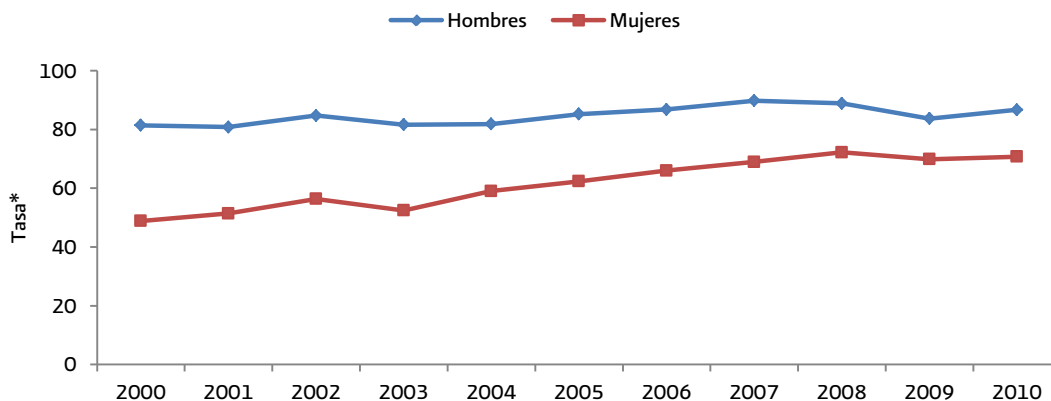
Los hombres muestran tanto en cifras absolutas como en la tasa de egreso por cada 100 mil habitantes, valores más altos que las mujeres. Por ejemplo: La tasa de egresos para el año 2000 fue de 81.4 en hombres y de 48.9 en mujeres. Éste mismo patrón se observa de 2001 a 2010.

Sin embargo la diferencia entre hombres y mujeres se ha ido disminuyendo en los últimos 5 años, incluso se observa una tendencia a la alza por parte de la últimas.

Es interesante observar como la tendencia por parte de los hombres se mantiene «constante» con un valor mínimo en cuanto a la tasa de 80.8 para 2001 y de 89.8 para 2007.

Para las mujeres la tasa más baja se observó en 2000 con 48.9 y la más alta en 2008 con un valor de 72.2.

Tasa de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo en la SSA, 2000-2010



*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según sexo, SSA 2000-2010						
Año Estadístico	Hombres		Mujeres		No Especificado	Total general
	Egresos	Tasa	Egresos	Tasa	Egresos	
2000	20 254	81.4	12 309	48.9	0	32 563
2001	20 730	80.8	13 354	51.4	1	34 085
2002	22 362	84.7	15 065	56.4	1	37 428
2003	22 131	81.6	14 385	52.4	5	36 521
2004	22 745	81.8	16 596	59.0	2	39 343
2005	24 232	85.2	17 954	62.4	2	42 188
2006	24 844	86.8	19 184	66.0	4	44 032
2007	25 871	89.8	20 221	69.0	17	46 109
2008	25 658	88.9	21 257	72.2	8	46 923
2009	24 446	83.7	20 868	69.9	16	45 330
2010	25 329	86.7	21 163	70.7	8	46 500

*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

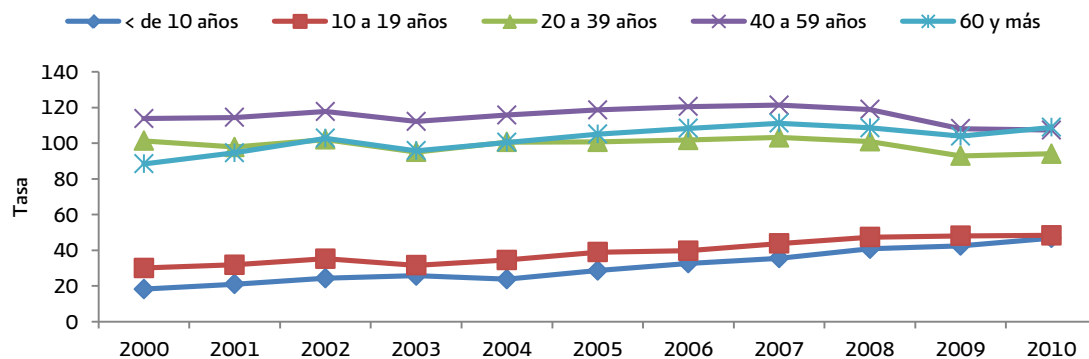
Fuente: DGIS. Egresos hospitalarios SSA.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según grupos de edad, Secretaría de Salud 2000-2010

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupos de edad, SSA 2000-2010							
Año	Grupos de edad						Total
	< de 10 años	10 a 19 años	20 a 39 años	40 a 59 años	60 y más	No especificado	
2000	2 308	3 426	15 767	8 244	2 811	7	32 563
2001	2 704	3 716	15 907	8 660	3 093	5	34 085
2002	3 160	4 194	17 309	9 304	3 461	0	37 428
2003	3 352	3 830	16 771	9 246	3 317	5	36 521
2004	3 098	4 277	18 436	9 951	3 579	2	39 343
2005	3 743	4 904	19 078	10 607	3 849	7	42 188
2006	4 185	4 997	19 499	11 246	4 093	12	44 032
2007	4 467	5 492	19 994	11 808	4 343	5	46 109
2008	5 016	5 904	19 668	11 982	4 352	1	46 923
2009	5 113	5 972	18 391	11 474	4 379	1	45 330
2010	5 498	5 991	18 638	11 690	4 675	8	46 500

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Tasa de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupos de edad en la SSA, 2000-2010



*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

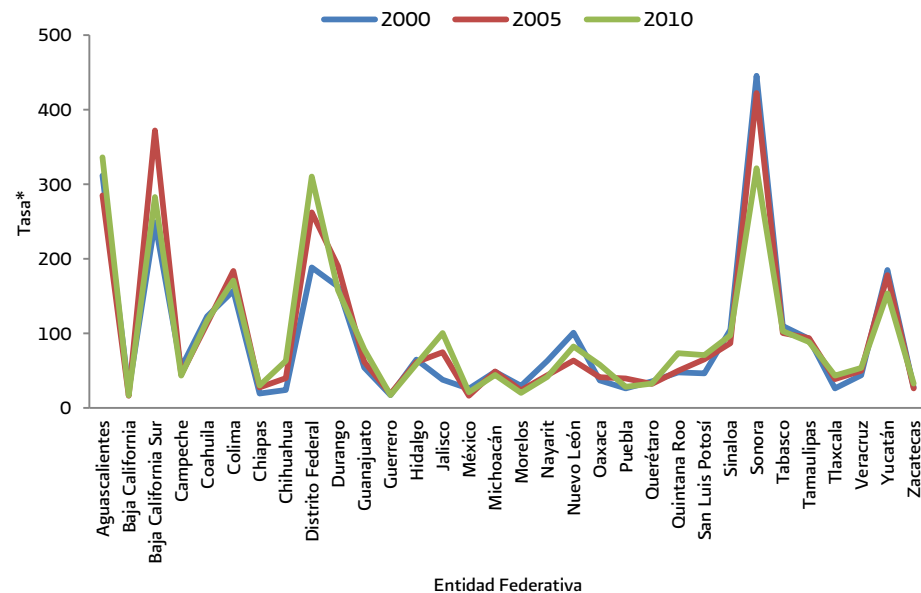
De una forma muy clara y concisa se puede observar el mismo comportamiento en cuanto a la distribución de las tasas de egresos por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas por grupos de edad en los últimos 10 años; el grupo de edad que muestra la mayor tasa de egreso es el de 60 años y más, sin embargo en cuanto a cifras absolutas el grupo de los adultos jóvenes (20 a 39 años) muestran un predominio muy marcado por encima de los demás grupos etarios, seguido por los adultos en plenitud (40 a 59 años) y por los adolescentes (10 a 19 años). Aunque muchos trastornos de ésta índole se agravan con la edad, el desarrollo de éstos se da en etapas más tempranas.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según Entidad Federativa, Secretaría de Salud 2000-2010

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según Entidad Federativa en la SSA, 2000, 2005 y 2010						
Entidad de Atención	2000		2005		2010	
	Egresos	Tasa*	Egresos	Tasa*	Egresos	Tasa*
Aguascalientes	1 086	311.6	1 243	284.9	1 572	335.9
Baja California	201	24.1	175	16.3	208	16.8
Baja California Sur	336	249.1	653	372.2	564	282.8
Campeche	203	54.0	185	44.6	191	43.5
Coahuila	644	122.7	780	113.2	852	117.2
Colima	341	157.2	471	183.9	458	170.7
Chiapas	595	19.4	969	27.4	1 122	30.0
Chihuahua	255	24.2	485	40.1	784	63.1
Distrito Federal	6 094	188.5	10 218	262.3	12 061	310.3
Durango	1 023	162.7	1 400	190.1	1 152	157.8
Guanajuato	1 514	54.3	1 833	61.9	2 349	78.5
Guerrero	390	17.2	457	19.1	413	17.3
Hidalgo	938	64.7	1 003	61.5	972	58.8
Jalisco	1 134	38.0	2 461	74.6	3 422	100.5
México	1 643	25.9	1 236	16.2	1 721	21.0
Michoacán	1 320	48.7	1 399	48.9	1 232	44.3
Morelos	253	29.6	231	23.5	209	20.3
Nayarit	293	63.0	227	43.9	214	41.6
Nuevo León	1 032	100.8	819	63.6	1 124	82.4
Oaxaca	931	37.1	1 138	41.3	1 591	57.8
Puebla	895	26.3	1 538	39.6	1 149	28.3
Querétaro	235	35.6	253	32.3	276	32.6
Quintana Roo	191	47.7	249	49.7	441	73.6
San Luis Potosí	601	46.4	909	65.2	992	70.8
Sinaloa	1 001	104.9	1 017	86.8	1 137	97.4
Sonora	3 390	445.5	3 822	422.4	3 028	321.7
Tabasco	1 294	109.8	1 346	100.4	1 423	103.0
Tamaulipas	1 028	92.8	1 197	93.8	1 188	88.5
Tlaxcala	158	26.2	285	38.8	343	43.5
Veracruz	1 883	44.0	2 352	49.9	2 555	53.8
Yucatán	1 428	185.1	1 606	178.3	1 475	153.8
Zacatecas	233	27.7	231	26.1	282	32.6
Estados Unidos Mexicanos	32 563	65.0	42 188	73.7	46 500	78.6

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.
*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Tasa de egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas en la SSA, 2000, 2005 y 2010

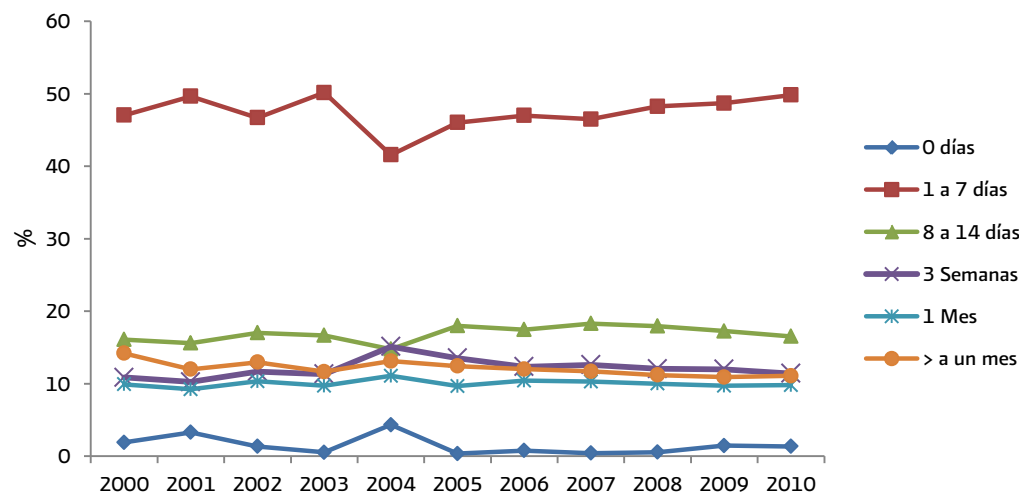


*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.
Fuente: DGIS. Egresos hospitalarios SSA.

La distribución por entidad federativa indica de manera general que para los años 2000, 2005 y 2010, Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Distrito Federal, Durango, Sonora, Tabasco y Yucatán son las entidades que presentaron las tasas más altas de egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas. Para el año 2000 Sonora, Aguascalientes y Baja California Sur presentaron las tasas más altas con 445.5, 311.6 y 249.1 respectivamente. Para el año 2005 Sonora, Baja California Sur y Aguascalientes presentaron las tasas más altas con 422.4, 372.2 y 284.9; y para el año 2010, Aguascalientes, Sonora y el Distrito Federal fueron las entidades con mayores tasas, 335.9, 321.7 y 310.3.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según tiempo de estancia hospitalaria, Secretaría de Salud 2000-2010

Distribución porcentual de morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según tiempo de estancia hospitalaria, SSA 2000-2010



Fuente: DGIS. Egresos hospitalarios SSA.

Analizando la morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas, según el tiempo de estancia hospitalaria, se observa que del total de egresos hospitalarios más del 40% tienen un tiempo de estancia de 1 a 7 días promedio; éste comportamiento se observa de 2000 a 2010. Es interesante señalar que el tiempo de estancia menor a un día tiene un porcentaje muy bajo, siendo su máximo valor de 4.1% en 2004, esto indica que la hospitalización de éste tipo de afecciones requiere al menos de una semana dependiendo la gravedad y el pronóstico del caso.

En el año 2005 se observa un fenómeno que llama la atención, un aumento en la proporción de egresos hasta del 23.6% para la 3era. semana de estancia hospitalaria, y una disminución abrupta para la estancia mayor a un mes. Esto pudiera deberse a que los casos hospitalizados que requerían mayor tiempo se les redujo considerablemente.

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según tiempo de estancia hospitalaria, SSA 2000-2010

Tiempo de estancia	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0 días	621	1 123	503	193	1 705	146	335	197	260	658	624
1 a 7 días	15 319	16 919	17 473	18 314	16 358	19 344	20 694	21 438	22 642	22 078	23 169
8 a 14 días	5 240	5 321	6 370	6 084	5 807	7 558	7 690	8 440	8 418	7 824	7 692
3 Semanas	3 536	3 490	4 371	4 133	5 950	5 691	5 432	5 814	5 660	5 433	5 307
1 Mes	3 224	3 148	3 865	3 544	4 359	4 067	4 592	4 746	4 693	4 398	4 556
> a un mes	4 623	4 084	4 846	4 253	5 160	5 225	5 289	5 392	5 250	4 939	5 152
No especificado	0	0	0	0	4	0	0	82	0	0	0
Total	32 563	34 085	37 428	36 521	39 343	42 188	44 032	46 109	46 923	45 330	46 500

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según tipo de unidad médica, Secretaría de Salud 2000-2010

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas por tipo de unidad de atención médica, SSA 2000-2010											
Tipo de Unidad	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hosp. Psiquiátrico	17 434	17 069	18 945	17 384	19 830	21 762	21 839	22 536	22 196	21 061	20 039
Hosp. Especializado	2 820	4 445	5 204	5 289	5 163	5 228	5 645	6 543	6 918	7 308	9 149
Hosp. General	10 688	11 132	11 724	12 199	12 731	13 216	14 336	14 458	15 107	14 404	15 000
Hosp. Integral	899	893	1 065	1 134	1 119	1 300	1 585	1 957	2 160	2 096	1 682
C. de Especialidades	428	284	239	285	339	533	488	431	404	324	571
Centro Salud Hosp.	294	262	251	230	161	149	139	184	138	137	59
Total	32 563	34 085	37 428	36 521	39 343	42 188	44 032	46 109	46 923	45 330	46 500

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.). Egresos hospitalarios SSA.

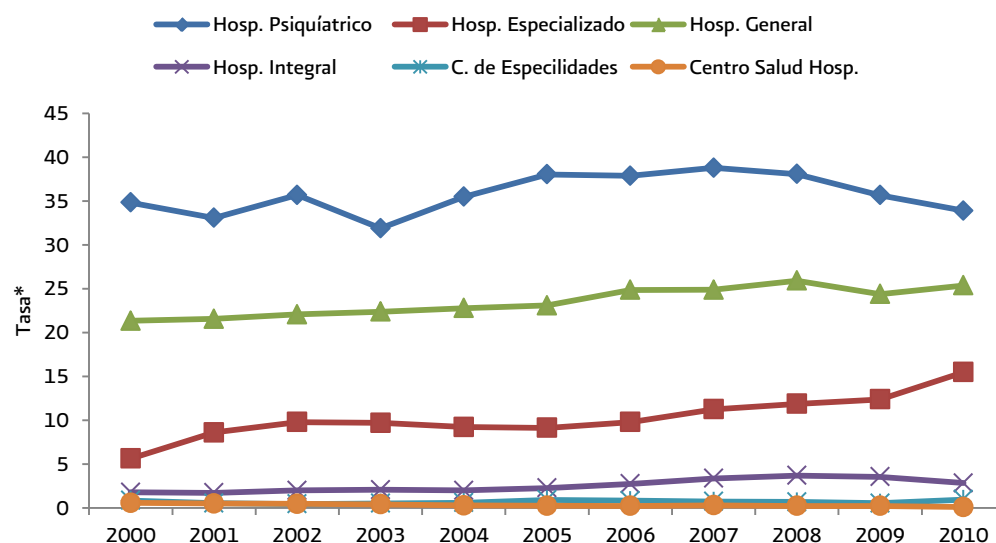
Al efectuar el análisis del comportamiento de la morbilidad hospitalaria por trastornos mentales de acuerdo al tipo de unidad de atención médica se observó lo siguiente:

De 2000 a 2010 los hospitales psiquiátrico muestran la mayor tasa de egresos, esto es esperado debido a que éstas instituciones cumplen con su función, cabe señal un pequeño declive en 2003 para posteriormente ir en incremento y para 2008 comenzar con una tendencia a la baja.

En segundo término se encuentran los hospitales generales como unidades que cuentan con el servicio de atención médica de trastornos mentales con una tasa de egreso hospitalario de 21.3 en el año 2000 hasta 25.4 en 2010 ambas por cada 100 mil habitantes sin derechohabencia.

En tercer plano se encuentran los hospitales especializados, mostrando una tendencia a la alza de 2000 a 2010.

Tasa de egresos hospitalarios por tipo de unidad de atención médica, SSA 2000-2010

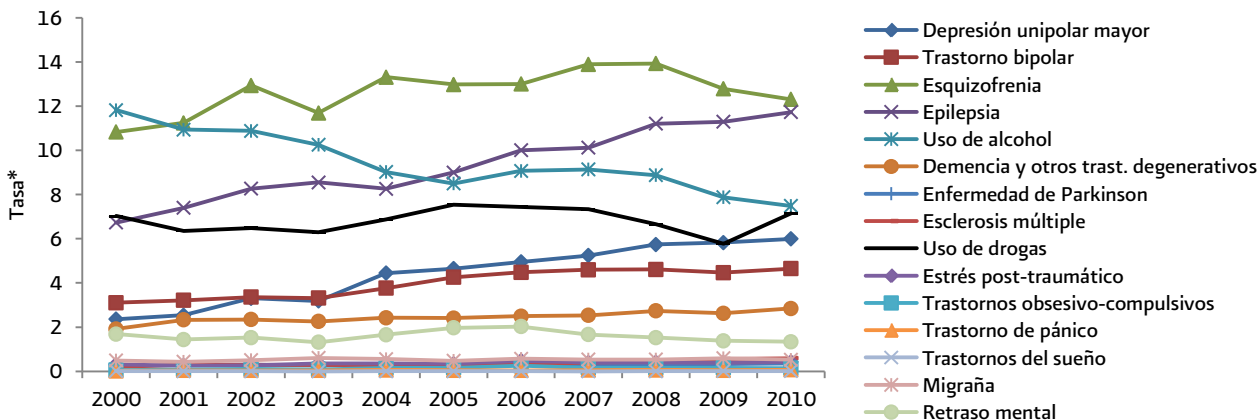


*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.). Egresos hospitalarios SSA.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del sistema nervioso según causa específica, Secretaría de Salud 2000-2010

Distribución de la tasa de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas por causa específica, SSA 2000-2010.



*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

La distribución de la morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso por causa específica según la lista GBD muestran las siguientes peculiaridades: La esquizofrenia, se muestra como el principal padecimiento con una tendencia a la alza en los últimos 10 años, mostrando el mayor incremento en 2008; es interesante señalar como al principio de la década, sólo el uso de alcohol como causa específica se encontraba por encima de la esquizofrenia.

La epilepsia es la segunda causa mostrando una marcada tendencia en aumento en el período de 2000 a 2010, coincidiendo casi con la esquizofrenia en 2010.

Por otra parte el uso de alcohol como causa específica de morbilidad hospitalaria presenta un comportamiento a la inversa en relación a las dos causas anteriores: una marcada tendencia en descenso en contra parte con el uso de drogas que se mantiene con una tendencia estable con pequeñas fluctuaciones.

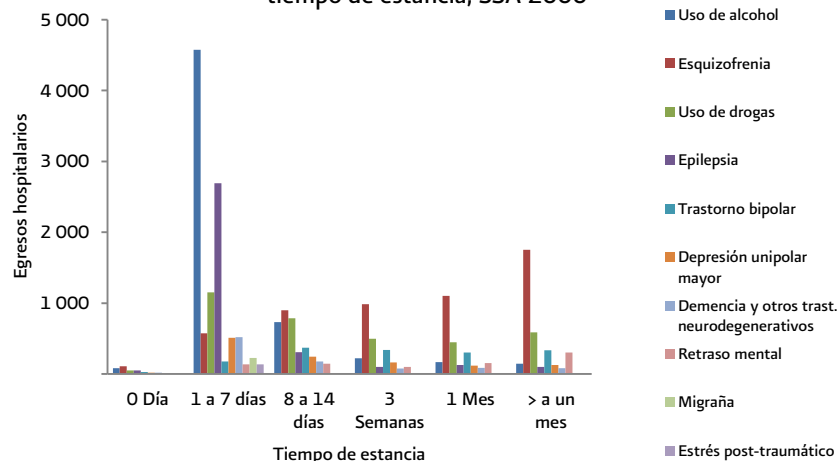
El trastorno bipolar y la depresión mayor comienzan a mostrar un comportamiento en aumento. El resto de las causas se mantienen con valores muy bajos y constantes.

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según causa específica, SSA 2000-2010											
Causas	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Esquizofrenia	5 426	5 806	6 872	6 378	7 446	7 432	7 500	8 079	8 127	7 554	7 277
Epilepsia	3 372	3 820	4 393	4 663	4 619	5 152	5 772	5 887	6 537	6 672	6 937
Uso de alcohol	5 923	5 647	5 780	5 592	5 043	4 863	5 234	5 311	5 178	4 655	4 428
Uso de drogas	3 521	3 280	3 444	3 430	3 844	4 316	4 294	4 263	3 881	3 413	4 227
Depresión unipolar mayor	1 182	1 310	1 756	1 735	2 483	2 659	2 858	3 048	3 350	3 442	3 543
Trastorno bipolar	1 556	1 660	1 782	1 809	2 104	2 438	2 586	2 671	2 691	2 638	2 747
Demencia y otros trastornos neurodegenerativos	961	1 201	1 244	1 231	1 357	1 380	1 438	1 471	1 595	1 553	1 683
Retraso mental	843	743	810	718	925	1 128	1 169	967	888	814	790
Migraña	245	223	267	331	311	274	327	309	309	351	309
Estrés post-traumático	153	130	144	194	201	194	274	232	235	231	250
Esclerosis múltiple	96	155	161	152	157	134	174	232	251	328	350
Enfermedad de Parkinson	116	145	157	149	168	174	188	189	191	195	214
Trastornos obsesivo-compulsivos	28	44	55	45	82	89	144	91	88	94	85
Trastorno de pánico	8	20	22	23	33	28	25	34	36	30	42
Trastornos del sueño	5	3	4	0	3	3	1		2	5	5
Las demás causas	9 128	9 898	10 537	10 071	10 567	11 924	12 048	13 325	13 564	13 355	13 613
Total general	32 563	34 085	37 428	36 521	39 343	42 188	44 032	46 109	46 923	45 330	46 500

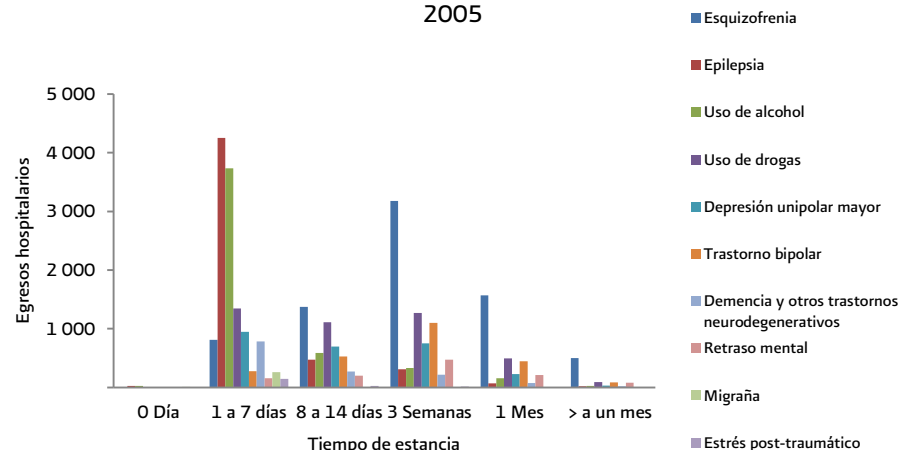
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS) Egresos hospitalarios SSA.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según causa específica y tiempo de estancia hospitalaria, Secretaría de Salud 2000, 2005, 2010

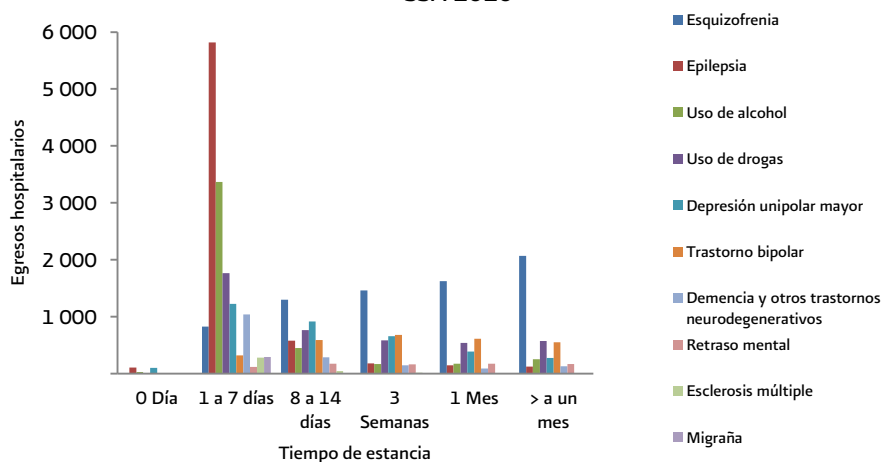
Morbilidad hospitalaria por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según principales causas y tiempo de estancia, SSA 2000



Morbilidad hospitalaria por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según principales causas y tiempo de estancia. SSA, 2005



Morbilidad hospitalaria por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas según principales causas y tiempo de estancia, SSA 2010



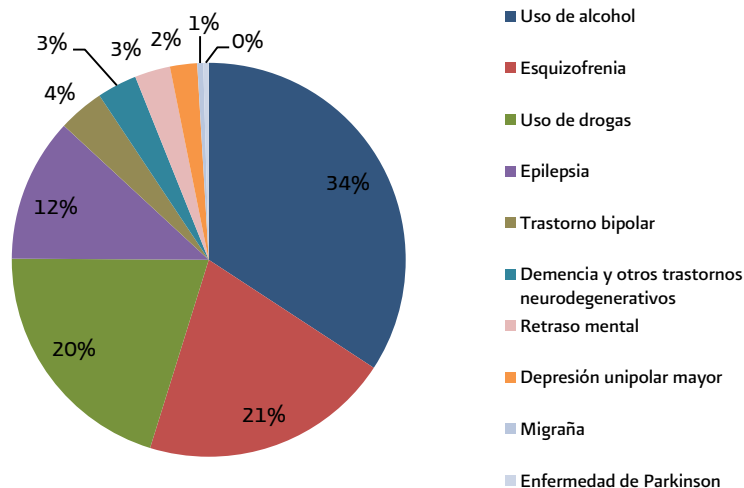
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

En una lámina anterior se analizó el comportamiento de las morbilidad hospitalaria de acuerdo al tiempo de estancia, se observó que en promedio el 50% de los egresos tienen una permanencia de una semana. Al hacer el mismo ejercicio por causa específica se concluyó lo siguiente:

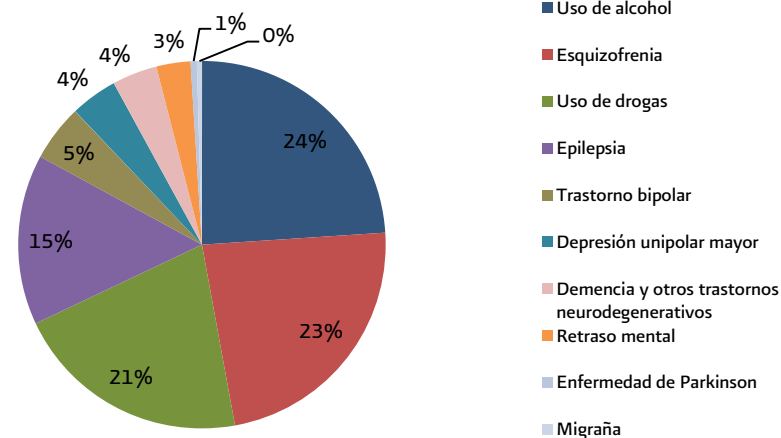
- El uso de alcohol muestra tanto en 2000, 2005 y 2010 una mayor proporción de estancia hospitalaria de una semana.
- La esquizofrenia mostró el mismo patrón en 2000 y 2010 mayor número de egresos a mayor tiempo de estancia hospitalaria. Sin embargo en 2005 se observó una mayor proporción en una estancia de 3 semanas y por consiguiente una disminución en estancias de tiempo mayores. Esto es coincidente con lo observado en la página 116.
- La epilepsia un aumento considerable en la proporción de egresos con un tiempo de estancia de una semana para los 3 años.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según principales causas en hombres, Secretaría de Salud 2000-2010

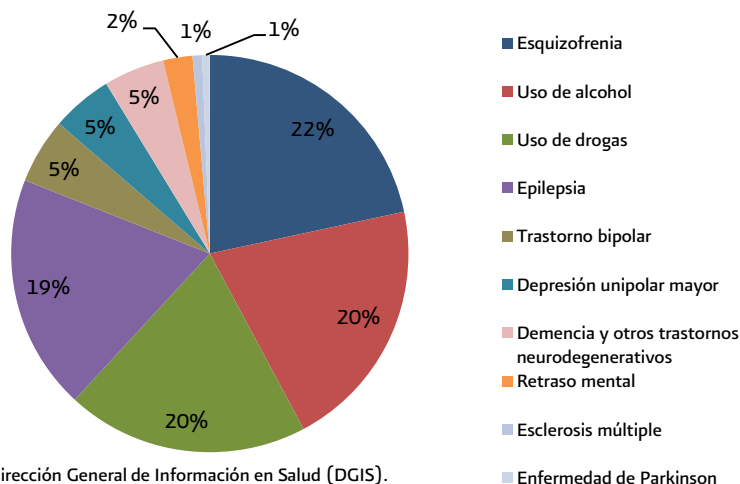
Principales causas de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en hombres, SSA 2000



Principales causas de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en hombres, SSA 2005



Principales causas de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en hombres, SSA 2010



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

La distribución de la morbilidad hospitalaria de según causa específica en hombres para 2000, 2005 y 2010 arrojó lo siguiente:

De 2000 a 2010 el uso de alcohol mostró una disminución en cuanto a la proporción de egresos hospitalarios, con un 34% en el año 2000 a un 20% en el 2010.

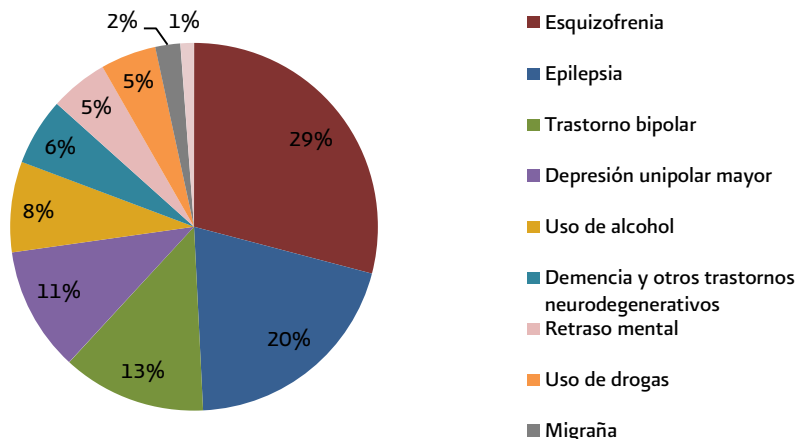
La esquizofrenia pasó a ser la principal causa de egresos hospitalarios en hombres, con un 21% en el 2000, un 23% en el 2005 y un 22% en el 2010.

El uso de drogas mantuvo el mismo comportamiento para los 3 años, con una distribución del 20%.

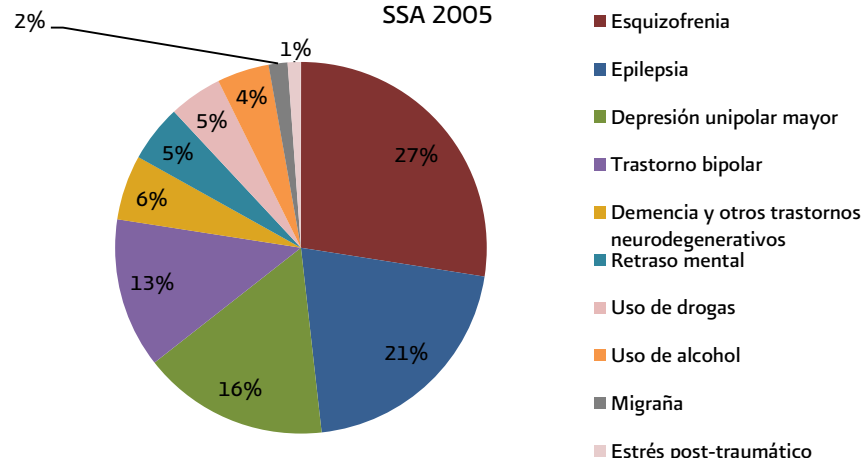
Podemos concluir que las mayores afecciones para los hombres es el uso de sustancias tanto de alcohol como de drogas.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según principales causas en mujeres, Secretaría de Salud 2000-2010

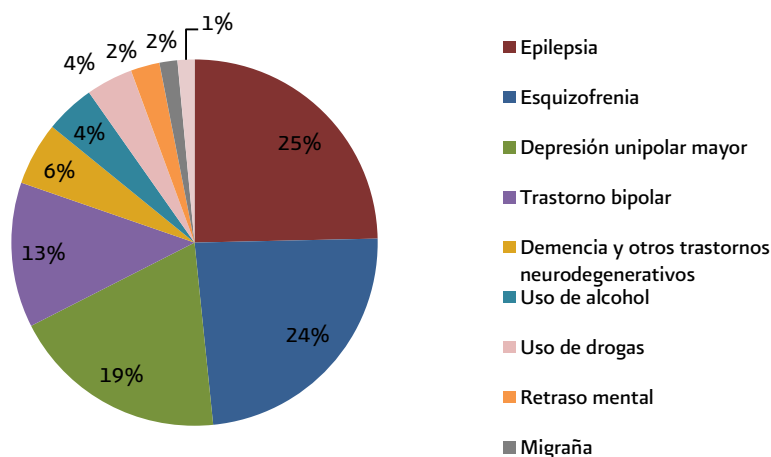
Principales causas de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en mujeres, SSA 2000



Principales causas de egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en mujeres, SSA 2005



Principales causas de egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas en mujeres, SSA 2010



La distribución de la morbilidad hospitalaria de según causa específica en mujeres para el año 2000, 2005 y 2010 arrojó lo siguiente:

Del 2000 al 2010 la esquizofrenia como causa específica mostró una disminución en cuanto a la proporción de egresos hospitalarios 29% en el 2000 27% en el 2005 y 24% en el 2010.

La epilepsia presentó un comportamiento en aumento de 2000 a 2010 de un 20% en el 2000 a un 25% en el 2010, siendo la principal causa de egresos.

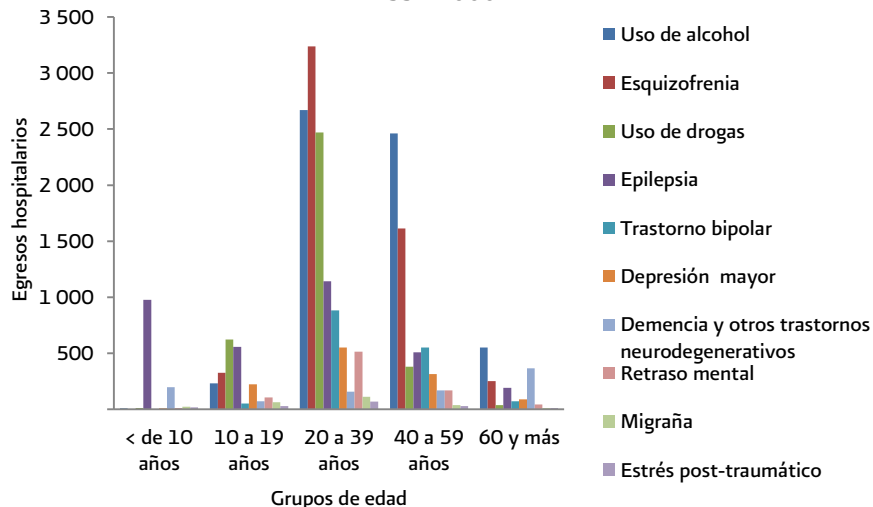
La depresión mayor y el trastorno bipolar se colocaron como 3° y 4° causa de egresos con una proporciones entre 11% y 20%.

Podemos concluir que las principales causas de la morbilidad hospitalaria por trastornos mentales en mujeres son los trastornos afectivos y del humor, así como orgánicos-funcionales, como la epilepsia.

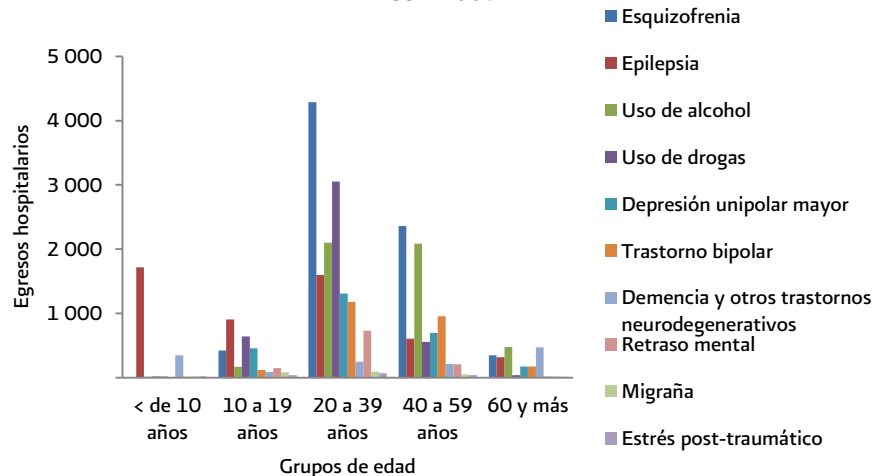
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según causa específica y grupos etarios, Secretaría de Salud 2000, 2005, 2010

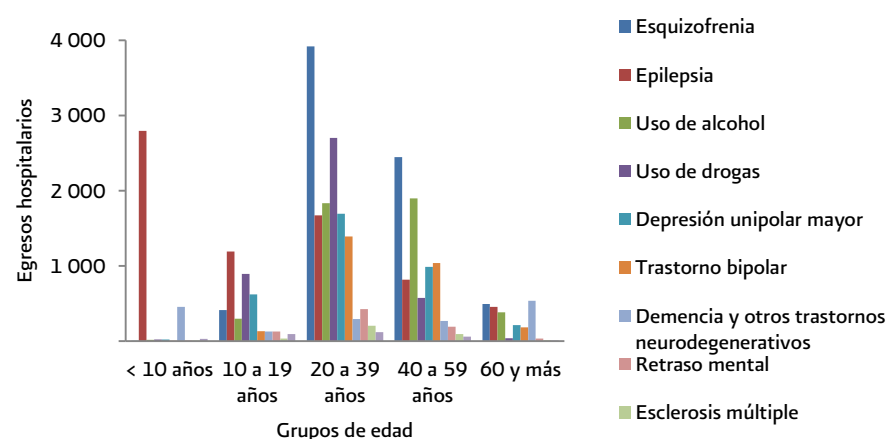
Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas por grupos de edad y causa específica, SSA 2000



Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas por grupos de edad y causa específica, SSA 2005



Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas por grupos de edad y causa específica, SSA 2010



Al hacer el desagregado de la morbilidad hospitalaria según causa específica por los diferentes grupos de edad se observó lo siguiente:

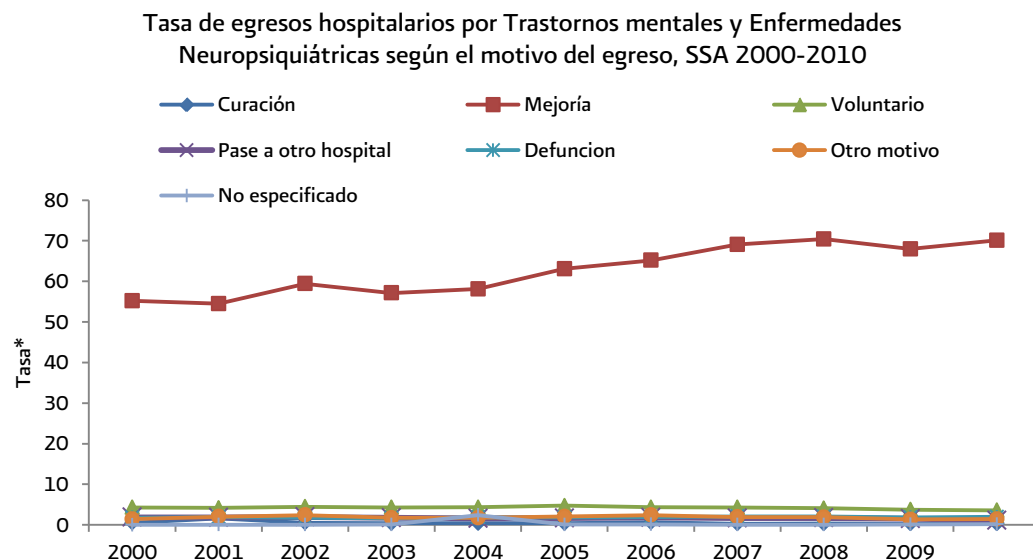
- Los trastornos congénitos u orgánico-funcionales como los trastornos neurodegenerativos del sistema nervioso central y la epilepsia tienen un mayor impacto la infancia (< de 10 años).
- La mayor concentración de egresos por trastornos mentales se observa en el grupo de edad de 20 a 39 años, esto puede ser debido al retraso en el tiempo para buscar atención médica.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Morbilidad hospitalaria por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso según motivo de egreso, Secretaría de Salud 2000-2010

Durante el período del 2000 al 2010 se observa que la mayor tasa de egresos hospitalarios según el motivo de egreso es la mejoría de los pacientes, muy por encima de otros motivos de egreso hospitalario.

Esto es consistente con el hecho que la mayor proporción de egresos en cuanto al tiempo de estancia es de una semana, esto se puede atribuir a una buena respuesta a los tratamientos y las intervenciones por parte de las instituciones.



*Tasa por 100 mil habitantes sin seguridad social.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Egresos hospitalarios por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según el motivo del egreso, SSA 2000-2010											
Motivo del Egreso	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Curación	253	842	278	218	229	216	373	152	187	160	194
Mejoría	27 639	28 121	31 556	31 142	32 471	36 096	37 575	40 153	41 052	40 132	41 427
Voluntario	2 144	2 146	2 360	2 345	2 431	2 695	2 508	2 489	2 384	2 209	2 119
Pase a otro hospital	929	942	1 014	952	883	948	1 048	953	978	882	657
Defuncion	894	969	942	874	1 030	1 037	1 086	1 217	1 199	1 104	1 165
Otro motivo	702	1 044	1 268	947	960	1 163	1 374	1 120	1 101	780	842
No especificado	2	21	10	43	1 339	33	68	25	22	63	96
Total General	32 563	34 085	37 428	36 521	39 343	42 188	44 032	46 109	46 923	45 330	46 500

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Egresos hospitalarios SSA.

Mortalidad

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en México

La información de mortalidad por trastornos mentales y enfermedades del Sistema Nervioso o Neuropsiquiátricas, se obtuvo de la base de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) del año 1979-2009 INEGI/SS y el año 2010 SEED/SS, este último con cifras preliminares. Se decidió analizar desde el año 1980 al 2010 ya que cubría 30 años de estudio, suficientes para valorar datos y hacer comparaciones pertinentes. Se utilizó la Categoría GBD (Global Burden Disease) por sus siglas en inglés es decir, la Carga de Enfermedad Mundial debido a que abarca todos los trastornos mentales y las enfermedades del Sistema Nervioso; se incluyó además una de las causas externas de mortalidad como son las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios). Se observan los cambios a lo largo del período tanto en el sexo masculino como en el femenino, en los distintos grupos de edad y en las entidades federativas, mostrando sus tasas de mortalidad por 100 mil habitantes.

La distribución de tasas de mortalidad por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas a través de los años, en general desde 1980 ha ido en aumento hasta llegar a doblar sus cifras en el año 2010. Hay una discrepancia evidente en lo referente al desglose por sexo, la tabla indica que los hombres sobrepasan en número por casi tres veces en promedio a las cifras que reportan las mujeres. Relativo al porcentaje que ocupan las defunciones por trastornos mentales y enfermedades psiquiátricas con respecto a las defunciones totales, el año 2009 muestra que el 3.3% le pertenece a las defunciones por algún trastorno mental con el 3.9% para el sexo masculino y 2.5% para el femenino; señalando que en los hombres el peso relativo de defunciones psiquiátricas ha sido uniforme e incluso ha ido disminuyendo a partir del año 2000, lo contrario que en el caso de las mujeres que ha ido gradualmente a la alza.

Defunciones por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, México 1980-2010										
Año	Total general			Hombres			Mujeres			No especificado
	Defunciones	Tasa*	Peso relativo**	Defunciones	Tasa*	Peso relativo**	Defunciones	Tasa*	Peso relativo**	
1980	8 544	12.8	2.0	6 391	19.3	2.6	2 124	6.3	1.1	29
1985	10 443	13.4	2.5	7 798	19.9	3.4	2 566	6.6	1.4	79
1990	11 537	14.2	2.7	8 663	21.7	3.6	2 852	6.9	1.6	22
1995	13 336	14.6	3.1	9 932	22.1	4.1	3 401	7.4	1.8	3
2000	14 752	15.1	3.4	10 832	22.8	4.4	3 918	7.9	2.0	2
2005	16 827	16.3	3.4	11 739	23.4	4.3	5 087	9.6	2.3	1
2009	18 483	17.2	3.3	12 387	23.4	3.9	6 095	11.1	2.5	1
2010 ¹	17 024	15.2	3.0	11 684	21.3	3.7	5 337	9.3	2.2	0

*Tasa por 100 mil habitantes.

**Porcentaje de defunciones por trastornos mentales con respecto a defunciones totales, por cada sexo y generales.

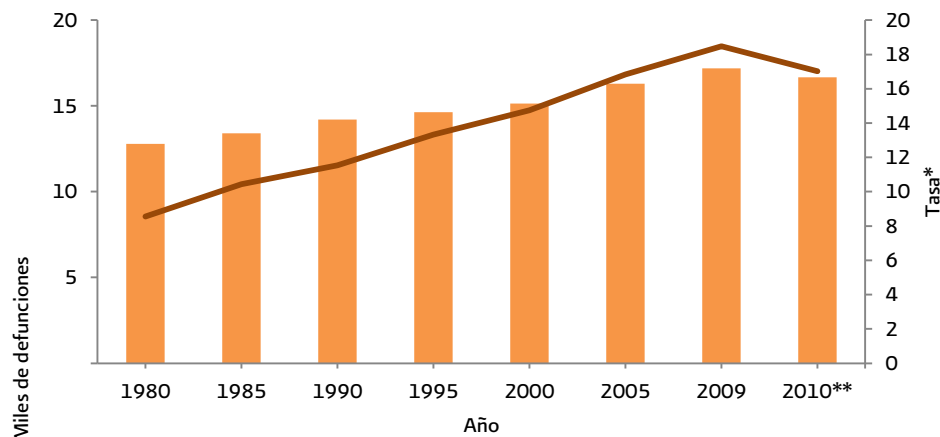
¹Cifras preliminares.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Respecto al período 1980 al 2010, la gráfica derecha representa el cambio en las tasas de mortalidad específicamente por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas. Se muestra que a través de los años la distribución ha ido paulatinamente en aumento, bajando su comportamiento en el último año, debido a sus cifras preliminares.

En la imagen inferior, del año 1980 al 2009 las defunciones marcan igualmente un incremento. En los últimos años (2010-2020) las cifras estimadas resaltan la importancia de alcance que tendrán en un futuro los Trastornos mentales y las Enfermedades del Sistema Nervioso en México.

Distribución de la mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas, México, 1980-2010

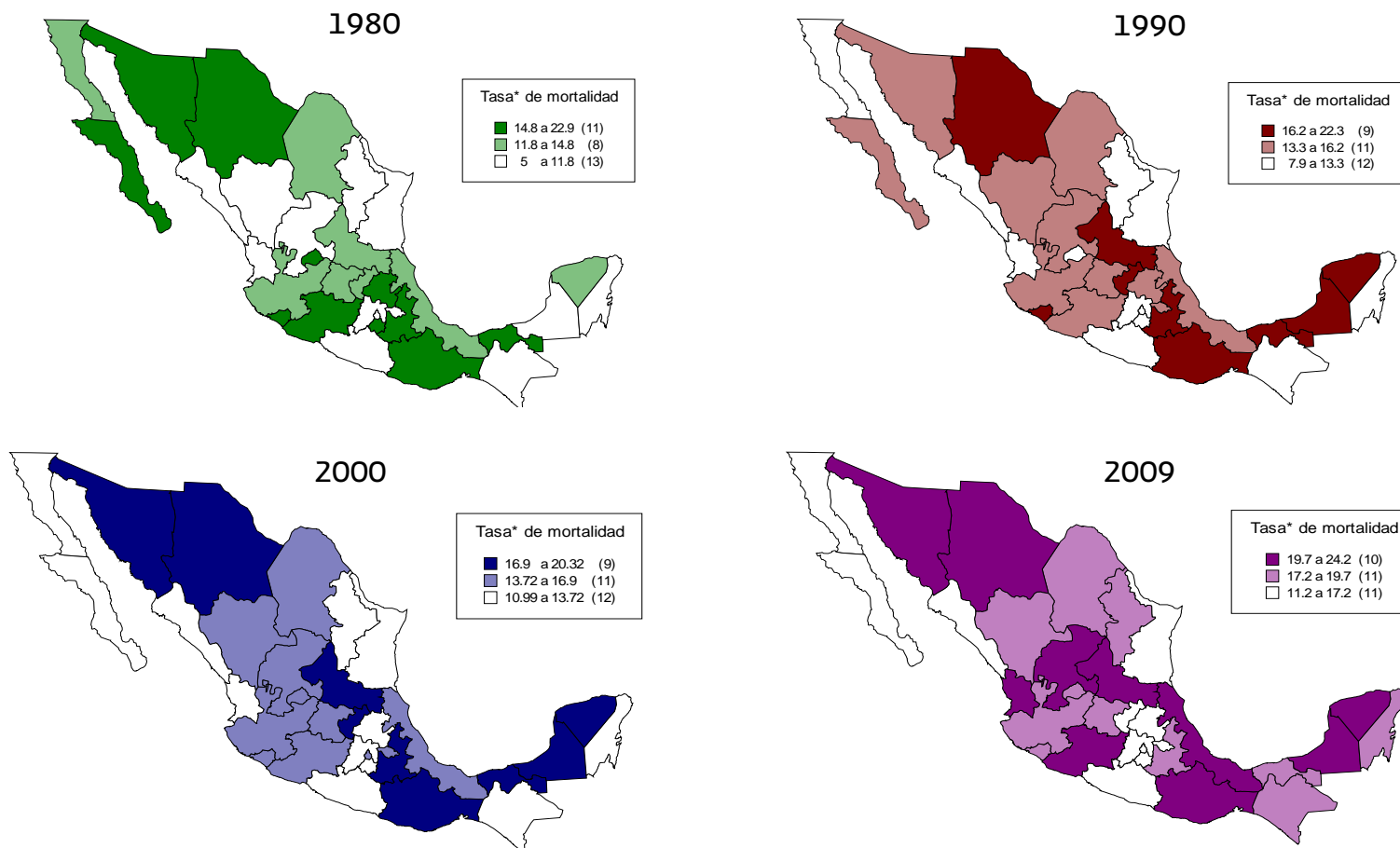


Panorama de las defunciones por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas, México 1980-2020



*Tasa por 100 mil habitantes. ¹Cifras preliminares. **Proyecciones.
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según Entidad federativa, 1980-2009



*Tasa por 100 mil habitantes.

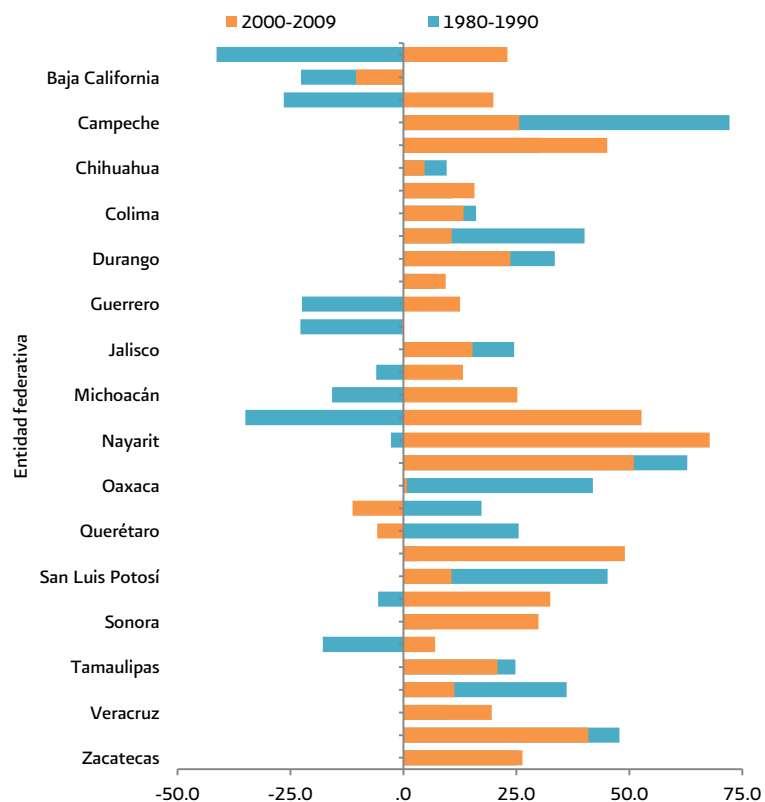
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.

En los últimos 30 años la dinámica de la mortalidad por Trastornos mentales y las Enfermedades Neuropsiquiátricas en México ha adquirido un papel muy importante en la distribución por entidad federativa, los datos indican de primera instancia un aumento de estados que poseen altas tasas de mortalidad; estas cifras elevadas se observan en por lo menos dos estados de la república (uno del norte y otro del sur) desde tiempo atrás al año más reciente es decir han permanecido constantes, estos estados son: Chihuahua y Oaxaca. Sin embargo, existen entidades las cuales se han mantenido con tasas por debajo de 15 defunciones por cada 100 mil habitantes en el período establecido: Estado de México, Guerrero, Sinaloa y Tamaulipas.

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades neuropsiquiátricas según Entidad federativa, 1980-2009

El porcentaje de cambio en un período de 10 años señala de primer orden a los estados que han tenido un comportamiento a la baja en mortalidad de 1980 a 1990, los más destacados son Aguascalientes y Morelos; por otra parte Campeche y Nuevo León ocuparon los primeros lugares en aumento porcentual con 72.2 y 62.8 respectivamente en esa misma década. Posteriormente del año 2000 al 2009 las entidades federativas que mostraron un súbito cambio a la alza fueron Nayarit (67.8), Morelos (52.7) y Nuevo León (51.0). Puebla y Baja California constituyen los porcentajes en decremento.

Variación porcentual de la mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en los últimos 30 años según entidad federativa, México



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Entidad de Residencia	Variación porcentual de la mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa, México		
	1980-1990	1990-2000	2000-2009
Estados Unidos Mexicanos	11.1	5.5	14.7
Aguascalientes	-41.4	39.2	23.0
Baja California	-22.7	33.2	-10.5
Baja California Sur	-26.5	-14.5	19.9
Campeche	72.2	-11.2	25.7
Coahuila	10.6	1.3	15.7
Colima	16.1	-11.6	13.3
Chiapas	30.2	-8.6	45.1
Chihuahua	9.6	-0.1	4.6
Distrito Federal	40.1	16.6	10.7
Durango	33.5	9.0	23.7
Guanajuato	7.0	15.2	9.3
Guerrero	-22.5	54.0	12.6
Hidalgo	-22.8	-12.2	-0.3
Jalisco	24.5	5.7	15.3
México	-6.0	0.1	13.2
Michoacán	-15.8	21.5	25.2
Morelos	-35.0	1.6	52.7
Nayarit	-2.7	30.8	67.8
Nuevo León	62.8	42.4	51.0
Oaxaca	41.9	-8.9	0.8
Puebla	17.3	-2.0	-11.3
Querétaro	25.5	9.1	-5.8
Quintana Roo	3.1	11.0	49.0
San Luis Potosí	45.2	8.2	10.6
Sinaloa	-5.6	3.8	32.5
Sonora	6.4	9.9	29.9
Tabasco	-17.9	-2.9	7.0
Tamaulipas	24.8	-8.1	20.8
Tlaxcala	36.1	-13.3	11.3
Veracruz	9.6	4.1	19.6
Yucatán	47.8	-6.4	40.9
Zacatecas	25.2	13.5	26.4

*Tasa por 100 mil habitantes.

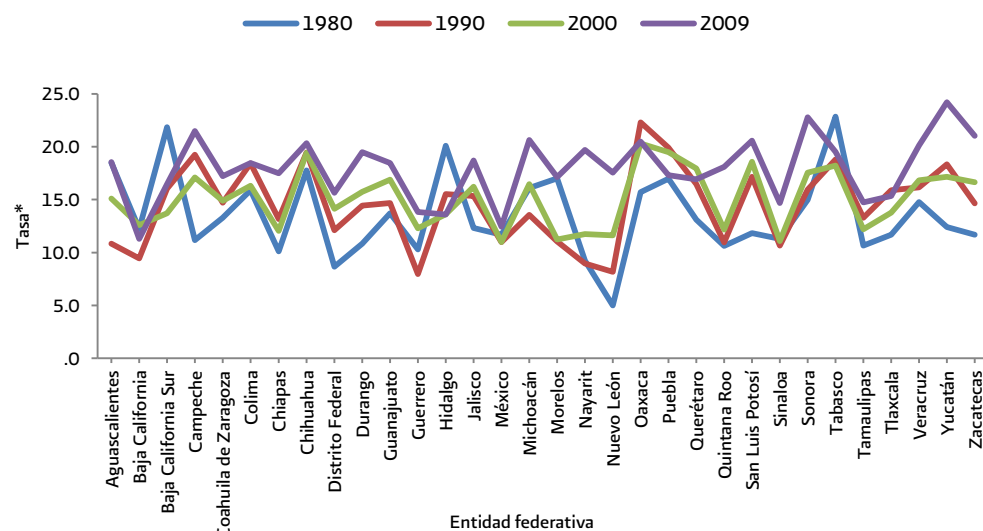
Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según Entidad federativa, 1980-2009

Tasa* de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa, México 1980-2009				
Entidad de Residencia	Año			
	1980	1990	2000	2009
Estados Unidos Mexicanos	12.8	14.2	15.0	17.2
Aguascalientes	18.5	10.8	15.1	18.6
Baja California	12.2	9.5	12.6	11.3
Baja California Sur	21.8	16.0	13.7	16.4
Campeche	11.2	19.2	17.1	21.5
Coahuila	13.3	14.7	14.9	17.2
Colima	15.9	18.4	16.3	18.5
Chiapas	10.1	13.2	12.0	17.5
Chihuahua	17.8	19.5	19.4	20.3
Distrito Federal	8.7	12.1	14.1	15.6
Durango	10.8	14.5	15.7	19.5
Guanajuato	13.7	14.7	16.9	18.5
Guerrero	10.3	8.0	12.3	13.8
Hidalgo	20.1	15.5	13.6	13.6
Jalisco	12.3	15.4	16.2	18.7
México	11.7	11.0	11.0	12.4
Michoacán	16.1	13.6	16.5	20.6
Morelos	17.0	11.0	11.2	17.1
Nayarit	9.2	9.0	11.7	19.7
Nuevo León	5.0	8.2	11.6	17.6
Oaxaca	15.7	22.3	20.3	20.5
Puebla	17.0	19.9	19.5	17.3
Querétaro	13.1	16.5	18.0	16.9
Quintana Roo	10.6	10.9	12.2	18.1
San Luis Potosí	11.8	17.2	18.6	20.6
Sinaloa	11.3	10.7	11.1	14.7
Sonora	15.0	16.0	17.5	22.8
Tabasco	22.9	18.8	18.2	19.5
Tamaulipas	10.7	13.3	12.2	14.8
Tlaxcala	11.7	15.9	13.8	15.3
Veracruz	14.8	16.2	16.8	20.1
Yucatán	12.4	18.3	17.2	24.2
Zacatecas	11.7	14.7	16.6	21.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

En cuanto a la tasa de mortalidad por algún Trastorno mental o Enfermedad Neuropsiquiátrica por entidad federativa, se observa que los estados con incremento en sus cifras para el año 1980 son Baja California Sur, Hidalgo y Tabasco. Nuevo León ha tenido un considerable aumento década con década, siendo el estado con la mortalidad más baja en el país desde el primer año seleccionado, teniendo tan sólo 5.0 defunciones por cada 100 mil habitantes. En el año 2009 Yucatán se posiciona en primer lugar en cuanto a tasas más elevadas y Baja California con las cifras más bajas. Por último, el estado de Chihuahua se ha mostrado constante a los largo del período.

Distribución de la tasa de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según entidad federativa, México 1980-2009

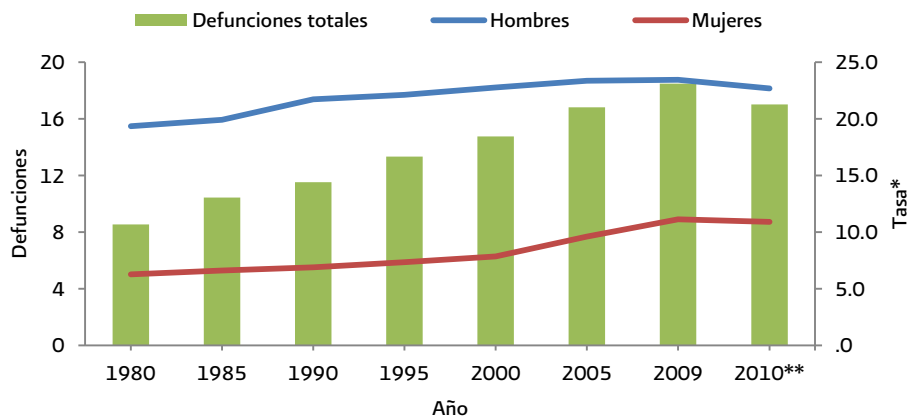


*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo y grupos de edad, 1980-2009

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, México 1980-2010



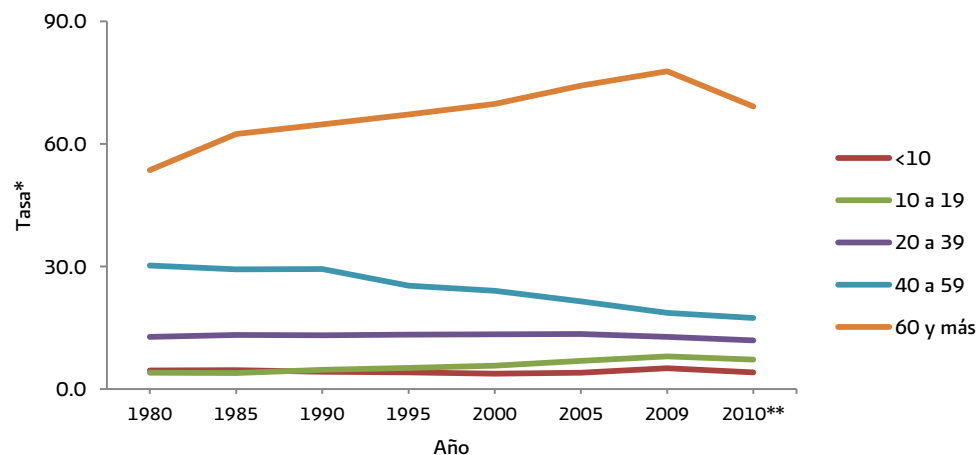
Según sexo se observa en general, un predominio en los hombres en cuanto a la tasa de mortalidad (23.4 defunciones por cada 100 mil habitantes) por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas a través de los años.

Respecto a grupos de edad, se formaron los siguientes grupos debido al mejor manejo en la organización de los datos. Se muestra que el de 60 años y más es el más vulnerable en mortalidad; ocupando las cifras más altas en el año 2009 (una tasa de 77.8), este grupo sobrepasa por mucho al segundo grupo de edad en riesgo (40 a 59 años) que por el contrario va disminuyendo sus cifras con el paso de los años. Se interpreta en ambas gráficas, que las personas de 60 años y más del sexo masculino son aquellas con mayor riesgo de morir por algún Trastorno mental y/o alguna Enfermedad Neuropsiquiátrica que padezca.

Mortalidad por Trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas, México 1980-2010

Año	Defunciones	Tasa*
1980	8 544	12.8
1985	10 443	13.4
1990	11 537	14.2
1995	13 336	14.6
2000	14 752	15.1
2005	16 827	16.3
2009	18 483	17.2
2010**	17 024	15.2

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según grupos de edad, México 1980-2010



*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

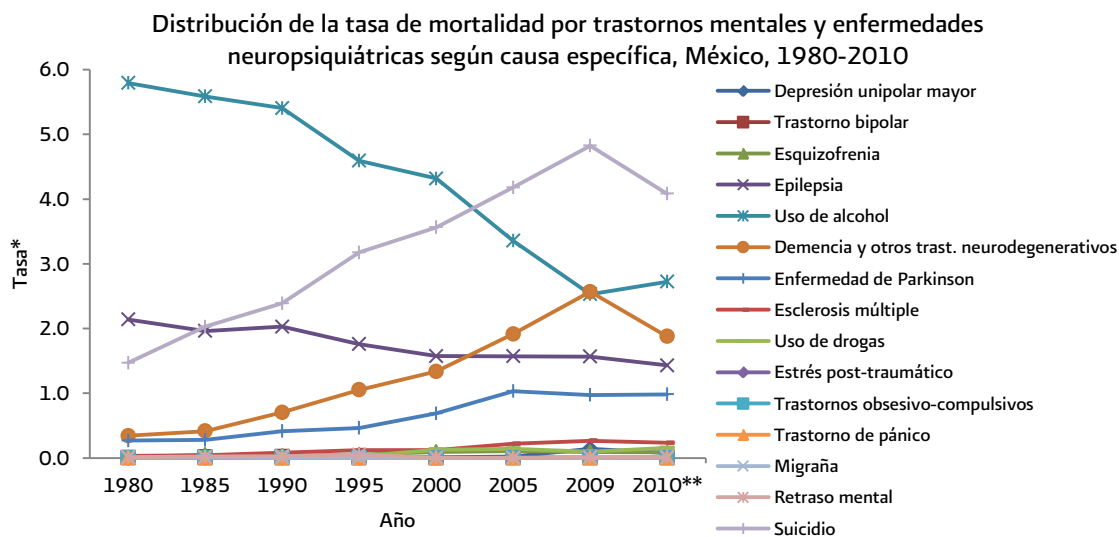
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.

Mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas por causa específica, México 1980-2010

En el desglose de las causas específicas de mortalidad por trastornos mentales y enfermedades neuropsiquiátricas en el período seleccionado, se observan algunos cambios contundentes como es el caso del uso de alcohol, en donde su mortalidad disminuyó notablemente de 1980 al 2009, sus cifras aumentan en el año 2010; contrario a esta causa se encuentra el suicidio, que en los primeros años no se muestra gran aparición de este fenómeno en el país, sin embargo el incremento en cada lustro es meramente sorprendente hasta llegar al máximo punto en el 2009 (4.8 muertes por cada 100 mil habitantes); el uso de alcohol, desde hace 30 años es la causa que se había mantenido liderando la mortalidad en el área de la Salud Mental. La Epilepsia, siendo también una de las primeras causas de mortalidad en 1980, se ha visto en ligero decremento con los años. Por otro lado las cifras de las Demencias han ido creciendo a través del tiempo. Por último, otra de las causas que igualmente conforman las más vulnerables en mortalidad psiquiátrica a lo largo de este período, es la Enfermedad de Parkinson, la cual alcanzó el punto más alto en el 2005.

Se presentan a continuación, las nueve principales causas de mortalidad por algún trastorno mental y/o enfermedad neuropsiquiátrica en México, algunas que se mostraron anteriormente en la gráfica aunque en este caso se hará un desglose de ellas observando a detalle las características de alcance de dicho trastorno.

Causas	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010*
Total general	8 544	10 443	11 537	13 336	14 752	16 827	18 483	17 024
Uso de alcohol	3 873	4 353	4 392	4 187	4 210	3 467	2 722	3 058
Suicidio	982	1 582	1 941	2 894	3 475	4 315	5 190	4 587
Epilepsia	1 431	1 529	1 648	1 603	1 535	1 622	1 685	1 606
Demencia y otros trastornos neurodegenerativos	229	322	572	960	1 302	1 977	2 762	2 110
Enfermedad de Parkinson	179	217	336	423	672	1 065	1 046	1 105
Esclerosis múltiple	22	31	65	110	116	225	286	264
Uso de drogas	5	11	12	23	124	148	102	175
Esquizofrenia	8	37	29	47	91	109	99	96
Depresión unipolar mayor	0	0	0	0	9	21	153	84
Retraso mental	7	16	24	47	4	1	12	16
Trastorno bipolar	2	13	16	19	7	9	10	9
Migraña	2	8	3	2	0	1	3	2
Estrés post-traumático	0	0	0	0	2	0	5	3
Trastorno de pánico	2	0	0	0	0	0	0	2
Trastornos obsesivo-compulsivos	0	2	0	0	0	0	0	0
Las demás causas	1 802	2 322	2 499	3 021	3 205	3 867	4 408	3 907

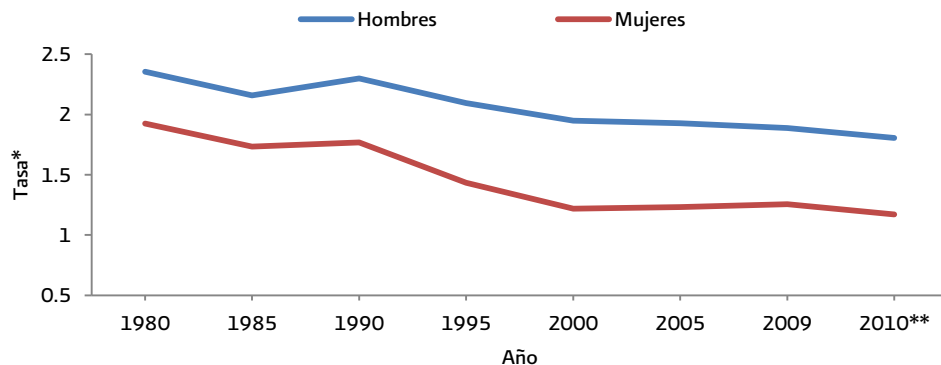


*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.

Mortalidad por Epilepsia según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por Epilepsia según sexo, México 1980-2010

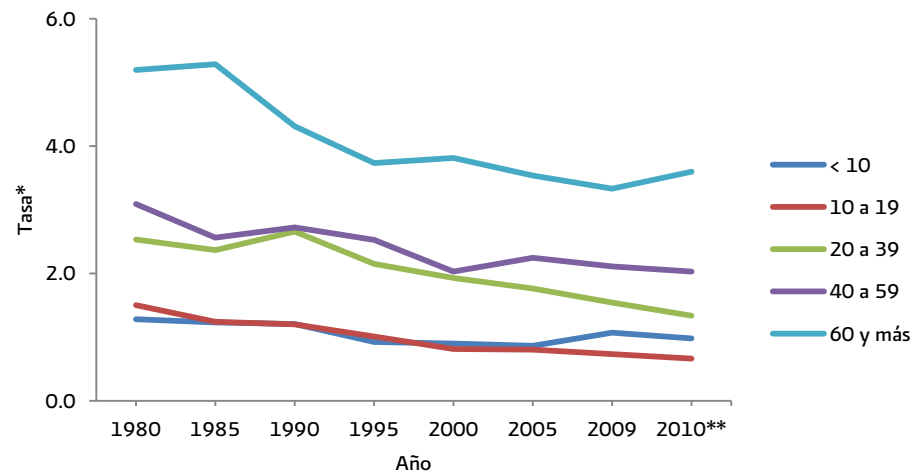


En cuanto a la mortalidad por enfermedad de Epilepsia según sexo, evidentemente son los hombres los que rebasan a las mujeres, teniendo en el año 2009 1.9 sobre 1.3 defunciones por cada 100 mil habitantes.

El grupo de edad más afectado es el de 60 años y más, mostrando 3.3 muertes por cada 100 mil habitantes en el 2009. Las cifras se observan en aumento para el 2010 a pesar de sus datos preliminares. Los grupos de edad con las tasas más bajas son los menores de 10 años y de 10 a 19 años.

Mortalidad por Epilepsia, México 1980-2010		
Año	Defunciones	Tasa*
1980	1 429	2.1
1985	1 517	1.9
1990	1 648	2.0
1995	1 603	1.8
2000	1 535	1.6
2005	1 622	1.6
2009	1 685	1.6
2010**	1 606	1.5

Mortalidad por Epilepsia según grupos de edad, México 1980-2010



*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

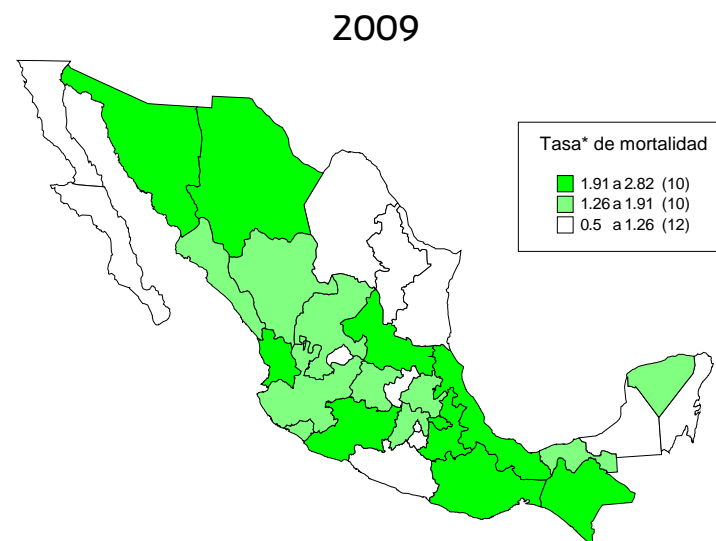
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.

Mortalidad por Epilepsia según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Epilepsia según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	1 431	2.1	1 648	2.0	1 535	1.6	1 685	1.6
Aguascalientes	11	2.1	14	1.9	18	1.9	11	1.0
Baja California	22	1.9	16	1.0	19	0.8	28	0.9
Baja California Sur	4	1.9	6	1.9	4	0.9	3	0.5
Campeche	6	1.4	8	1.5	9	1.3	7	0.9
Coahuila	37	2.4	34	1.7	34	1.5	30	1.1
Colima	8	2.3	8	1.9	2	0.4	10	1.7
Chiapas	43	2.1	104	3.2	105	2.6	124	2.8
Chihuahua	59	2.9	57	2.3	53	1.7	69	2.0
Distrito Federal	136	1.5	120	1.5	89	1.0	111	1.3
Durango	17	1.4	22	1.6	31	2.1	21	1.4
Guanajuato	85	2.8	92	2.3	77	1.6	86	1.7
Guerrero	31	1.5	40	1.5	33	1.1	34	1.1
Hidalgo	59	3.8	61	3.2	55	2.4	43	1.8
Jalisco	90	2.1	74	1.4	89	1.4	93	1.3
México	171	2.3	167	1.7	166	1.3	205	1.4
Michoacán	68	2.4	53	1.5	57	1.4	79	2.0
Morelos	28	3.0	14	1.2	20	1.3	19	1.1
Nayarit	4	0.6	15	1.8	14	1.5	21	2.2
Nuevo León	13	0.5	22	0.7	16	0.4	29	0.7
Oaxaca	53	2.2	120	4.0	98	2.8	100	2.8
Puebla	117	3.5	119	2.9	137	2.7	117	2.1
Querétaro	21	2.8	22	2.1	17	1.2	16	0.9
Quintana Roo	0	0.0	5	1.0	5	0.6	9	0.7
San Luis Potosí	31	1.9	56	2.8	36	1.5	51	2.1
Sinaloa	47	2.5	40	1.8	25	1.0	35	1.3
Sonora	28	1.8	41	2.2	26	1.1	48	1.9
Tabasco	22	2.1	33	2.2	33	1.7	32	1.6
Tamaulipas	33	1.7	41	1.8	20	0.7	16	0.5
Tlaxcala	8	1.4	18	2.4	17	1.7	26	2.3
Veracruz	138	2.6	172	2.8	159	2.3	159	2.2
Yucatán	13	1.2	18	1.3	25	1.5	29	1.5
Zacatecas	24	2.1	36	2.8	40	2.9	24	1.7
Otros países	4	0.0	0	0.0	6	0.0	0	0.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS. Base de defunciones).

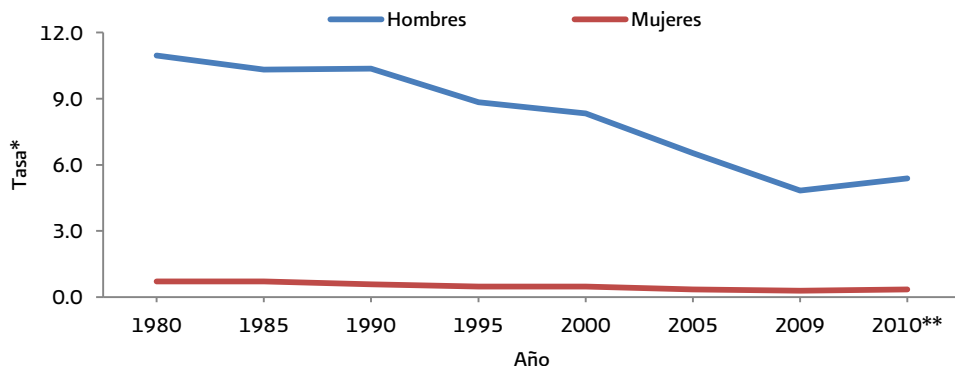


De acuerdo a la mortalidad por Epilepsia según entidad federativa, el cuadro muestra a nivel nacional un decremento en sus tasas por 100 mil habitantes. En 1980 los Estados con las tasas más altas fueron Hidalgo y Puebla; para la siguiente década Oaxaca ocupó el primer lugar en cuanto a mortalidad por esta causa y en el año 2000 Zacatecas se colocó en primer sitio.

Chiapas y Oaxaca se consideran las entidades federativas con las mayores tasas de mortalidad, y por otro lado Baja California Sur y Tamaulipas son las que poseen las menores tasas en el 2009.

Mortalidad por el uso del alcohol según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por el uso del alcohol según sexo, México 1980-2010

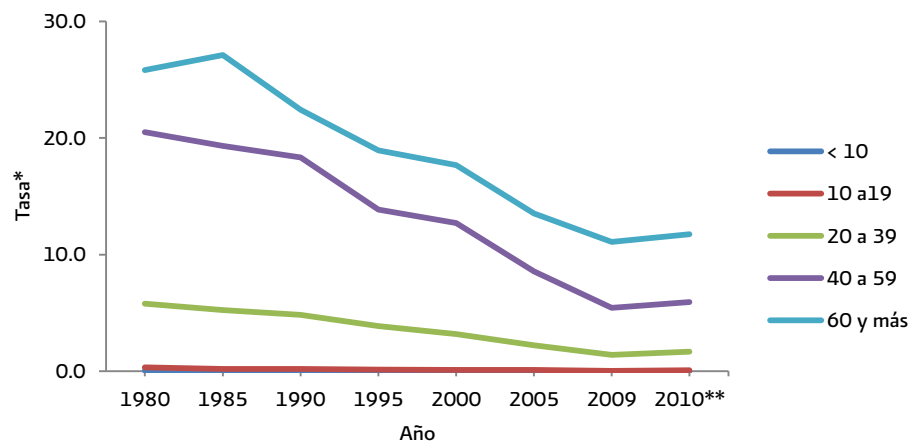


La mortalidad por el uso del alcohol ha ido en disminución; los hombres han sido los más vulnerables en cuanto a esta causa de muerte, teniendo una tasa en 1980 de 11.0 defunciones por cada 100 mil habitantes; por otro lado las mujeres tan sólo una tasa de 0.7. En el año 2009 hubo un claro decremento en la tasa en hombres, llegando a 4.8.

Para esta causa también el grupo más afectado es el de 60 años y más con 11.1 defunciones por cada 100 mil habitantes en el 2009; seguido del grupo de 40 a 59 años con una tasa de mortalidad de 5.4. En el año 2010 aumentan las cifras.

Mortalidad por uso del alcohol, México 1980-2010		
Año	Defunciones	Tasa*
1980	3 860	5.8
1985	4 317	5.5
1990	4 378	5.4
1995	4 186	4.6
2000	4 208	4.3
2005	3 466	3.4
2009	2 722	2.5
2010**	3 057	2.8

Mortalidad por el Uso del alcohol según grupos de edad, México, 1980-2010



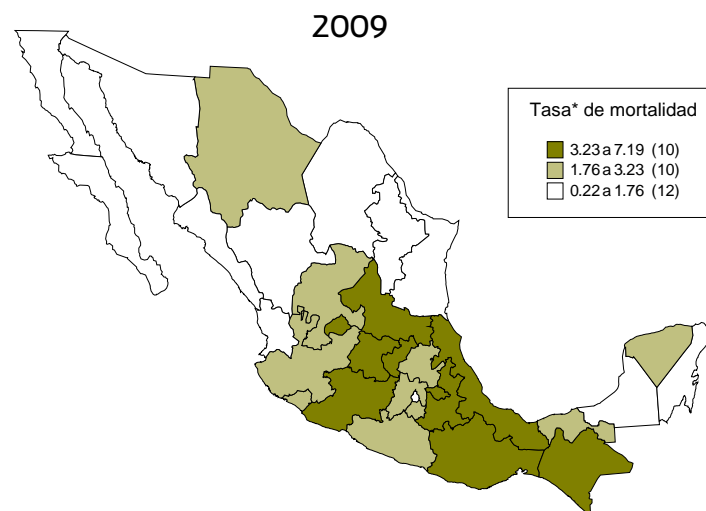
*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Uso de alcohol según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por uso de alcohol según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	3 873	5.8	4 392	5.4	4 210	4.3	2 722	2.5
Aguascalientes	56	10.8	31	4.3	38	3.9	38	3.3
Baja California	80	6.8	43	2.6	36	1.5	17	0.5
Baja California Sur	23	10.7	12	3.8	9	2.1	8	1.4
Campeche	17	4.0	37	6.9	29	4.1	14	1.8
Coahuila	81	5.2	92	4.7	76	3.2	19	0.7
Colima	35	10.1	29	6.8	12	2.3	15	2.5
Chiapas	107	5.1	185	5.8	152	3.8	198	4.4
Chihuahua	141	7.0	182	7.5	126	4.1	82	2.4
Distrito Federal	289	3.3	251	3.0	188	2.2	116	1.3
Durango	67	5.7	65	4.8	49	3.3	12	0.8
Guanajuato	199	6.6	266	6.7	274	5.8	163	3.2
Guerrero	126	6.0	98	3.7	156	5.0	86	2.7
Hidalgo	157	10.1	120	6.4	108	4.7	78	3.2
Jalisco	262	6.0	296	5.6	231	3.6	132	1.9
México	390	5.2	482	4.9	463	3.6	330	2.2
Michoacán	214	7.5	201	5.7	240	5.9	161	4.1
Morelos	71	7.5	36	3.0	46	3.0	32	1.9
Nayarit	40	5.5	17	2.1	24	2.6	15	1.5
Nuevo León	18	0.7	25	0.8	22	0.6	10	0.2
Oaxaca	215	9.1	359	11.9	364	10.4	255	7.2
Puebla	306	9.1	476	11.5	492	9.7	243	4.3
Querétaro	48	6.5	80	7.6	111	7.7	71	4.1
Quintana Roo	11	4.9	15	3.0	21	2.3	17	1.3
San Luis Potosí	98	5.9	132	6.6	146	6.2	85	3.4
Sinaloa	60	3.2	56	2.5	26	1.0	18	0.7
Sonora	94	6.2	77	4.2	69	3.0	42	1.7
Tabasco	57	5.4	36	2.4	53	2.7	38	1.9
Tamaulipas	55	2.9	45	2.0	35	1.2	17	0.5
Tlaxcala	35	6.3	59	7.8	62	6.3	40	3.5
Veracruz	394	7.3	448	7.2	420	6.0	293	4.0
Yucatán	37	3.5	72	5.3	47	2.8	34	1.8
Zacatecas	70	6.2	56	4.4	68	4.9	41	3.0
Otros países	20	0.0	13	0.0	17	0.0	2	0.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

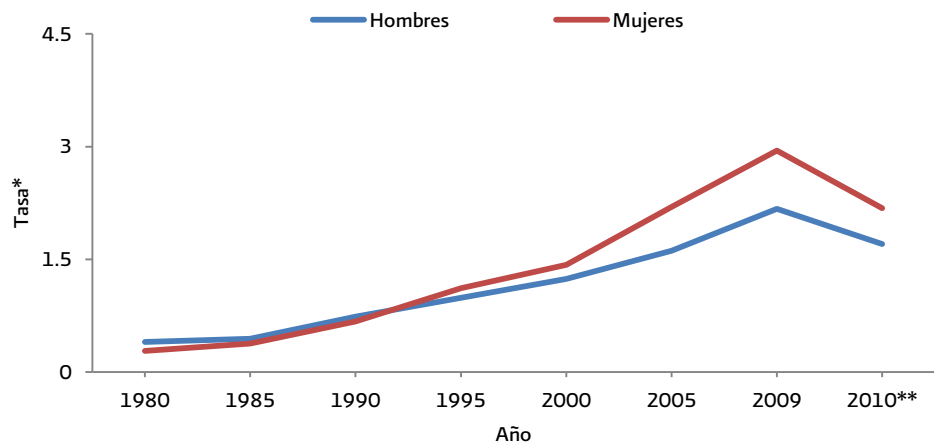


En mortalidad por uso de alcohol se tienen tasas altas y éstas han ido disminuyendo al paso de los años: en 1980 había una tasa de 5.8; en 1990 se registró 5.4, en el 2000 la tasa era de 4.3 y en el año 2009 se contaba con 2.5 defunciones por cada 100 mil habitantes.

Los estados que poseen una tasa muy por encima de los demás en el año de 1980 fueron Aguascalientes y Baja California Sur. El mapa señala que las entidades federativas con alta mortalidad por esta causa en el año 2009 se encuentran al centro y al sur del país. Oaxaca es el estado con la mayor tasa de mortalidad.

Mortalidad por Demencia según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por Demencia según sexo, México, 1980-2010



En relación a la enfermedad de Demencia según sexo a lo largo del tiempo, claramente se muestran elevadas tasas de mortalidad (2.9 en el año 2009) en las mujeres en comparación con los hombres, sin embargo en el año 1980 el sexo femenino se reportaba por debajo del masculino. La Demencia ha formado parte de las enfermedades más frecuentes y por lo tanto una causa de muerte relevante en las mujeres.

Se observa además que el grupo de mayor impacto es el de 60 años y más, indicando una tasa muy por encima del resto de los grupos de edad (26.7 defunciones por cada 100 mil habitantes en el año 2009).

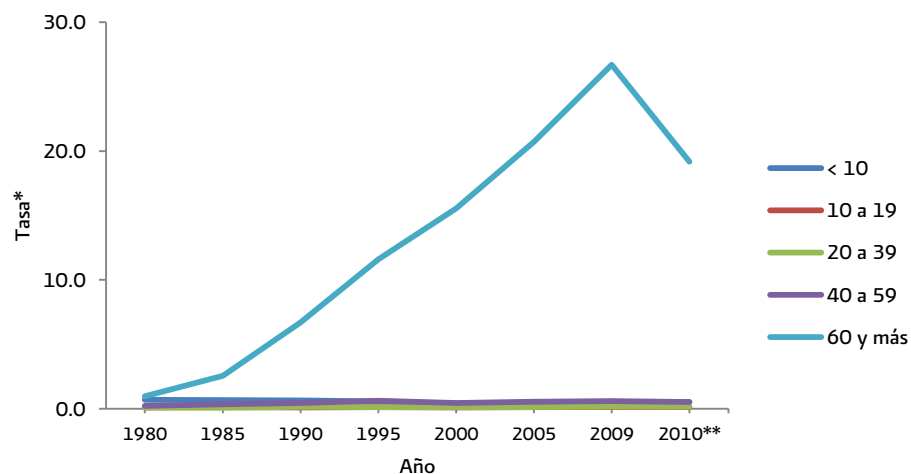
Mortalidad por Demencia, México 1980-2010

Año	Defunciones	Tasa*
1980	228	0.3
1985	320	0.4
1990	572	0.7
1995	960	1.1
2000	1 302	1.3
2005	1 977	1.9
2009	2 761	2.6
2010**	2 110	1.9

*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Demencia según grupos de edad, México 1980-2010

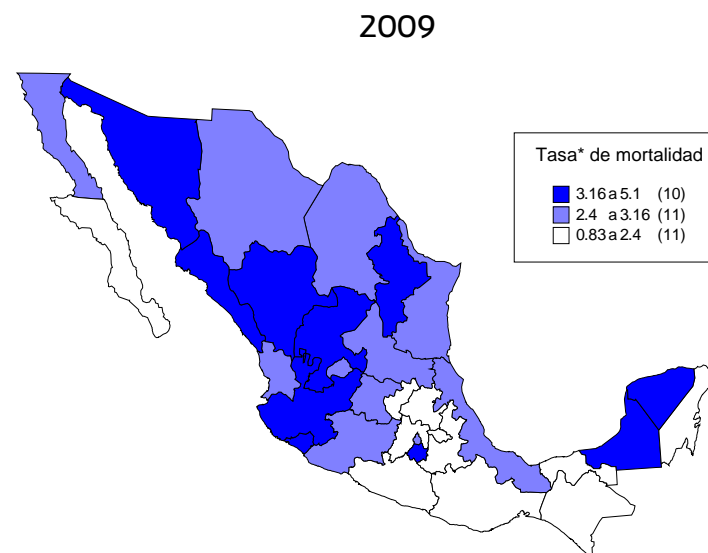


Mortalidad por Demencia según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Demencia según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	229	0.3	572	0.7	1 302	1.3	2 762	2.6
Aguascalientes	2	0.4	4	0.6	23	2.4	34	3.0
Baja California	2	0.2	10	0.6	38	1.6	76	2.4
Baja California Sur	1	0.5	2	0.6	6	1.4	13	2.3
Campeche	0	0.0	2	0.4	6	0.8	26	3.3
Coahuila	4	0.3	11	0.6	33	1.4	67	2.5
Colima	2	0.6	3	0.7	7	1.3	27	4.5
Chiapas	3	0.1	8	0.2	18	0.4	84	1.9
Chihuahua	16	0.8	22	0.9	52	1.7	83	2.4
Distrito Federal	27	0.3	64	0.8	157	1.8	257	2.9
Durango	2	0.2	10	0.7	28	1.9	50	3.2
Guanajuato	9	0.3	37	0.9	80	1.7	128	2.5
Guerrero	6	0.3	6	0.2	15	0.5	51	1.6
Hidalgo	4	0.3	7	0.4	9	0.4	34	1.4
Jalisco	29	0.7	76	1.4	124	1.9	301	4.3
México	20	0.3	31	0.3	96	0.7	197	1.3
Michoacán	11	0.4	16	0.5	47	1.2	103	2.6
Morelos	2	0.2	7	0.6	14	0.9	53	3.2
Nayarit	0	0.0	3	0.4	12	1.3	26	2.7
Nuevo León	15	0.6	23	0.7	81	2.1	192	4.3
Oaxaca	4	0.2	28	0.9	38	1.1	70	2.0
Puebla	7	0.2	27	0.7	48	0.9	86	1.5
Querétaro	4	0.5	11	1.0	20	1.4	35	2.0
Quintana Roo	0	0.0	0	0.0	4	0.4	11	0.8
San Luis Potosí	6	0.4	24	1.2	36	1.5	72	2.9
Sinaloa	6	0.3	5	0.2	69	2.7	98	3.7
Sonora	0	0.0	19	1.0	48	2.1	128	5.1
Tabasco	3	0.3	12	0.8	7	0.4	41	2.0
Tamaulipas	11	0.6	18	0.8	50	1.8	83	2.6
Tlaxcala	2	0.4	3	0.4	8	0.8	13	1.1
Veracruz	17	0.3	55	0.9	69	1.0	198	2.7
Yucatán	11	1.0	18	1.3	37	2.2	68	3.5
Zacatecas	3	0.3	9	0.7	16	1.2	52	3.8
Otros países	0	0.0	1	0.0	6	0.0	5	0.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: DGIS. Base de defunciones.

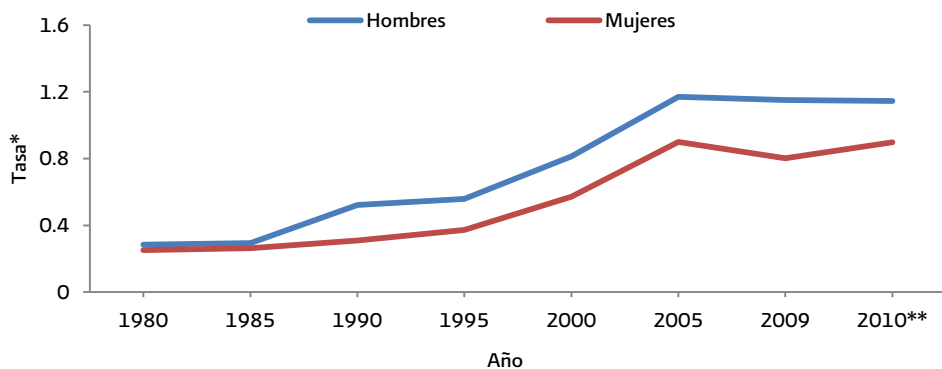


En primera instancia, la tasa de mortalidad por la enfermedad de Demencia ha ido en aumento con el paso de los años. Aunque no se muestran muy altas tasas de mortalidad en 1980, Yucatán contó con 1.0 defunciones por cada 100 mil habitantes, en 1990 Jalisco tuvo una tasa de 1.4 y para el 2000, Sinaloa ocupó el primer lugar de la lista.

En el año 2009, las tasas de mortalidad por esta causa señalaron un súbito incremento en comparación con los años anteriores. La entidad federativa con la mayor tasa fue Sonora (5.1).

Mortalidad por Enfermedad de Parkinson según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por Enfermedad de Parkinson según sexo, México 1980-2010

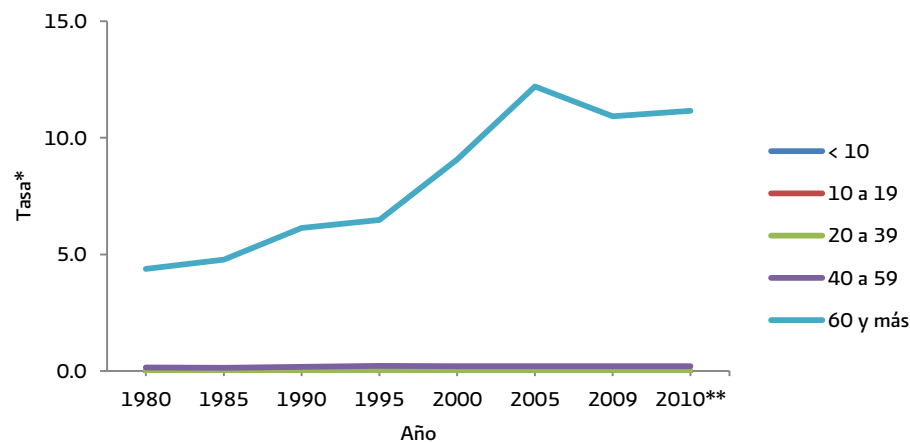


Con respecto a la enfermedad de Parkinson por sexo, igualmente son los hombres los que muestran el mayor puntaje en defunciones, con 1.7 en su tasa para el año 2005 manteniéndose prácticamente constante hasta el 2010.

La muerte por enfermedad de Parkinson es más frecuente en personas de 60 años y más, mostrando en el año 2005 su tasa más alta del período seleccionado (12.2 defunciones por cada 100 mil habitantes).

Mortalidad por Enfermedad de Parkinson, México 1980-2010		
Año	Defunciones	Tasa*
1980	179	0.3
1985	217	0.3
1990	336	0.4
1995	423	0.5
2000	672	0.7
2005	1 065	1.0
2009	1 046	1.0
2010**	1 104	1.0

Mortalidad por Enfermedad de Parkinson según grupos de edad, México 1980-2010



*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

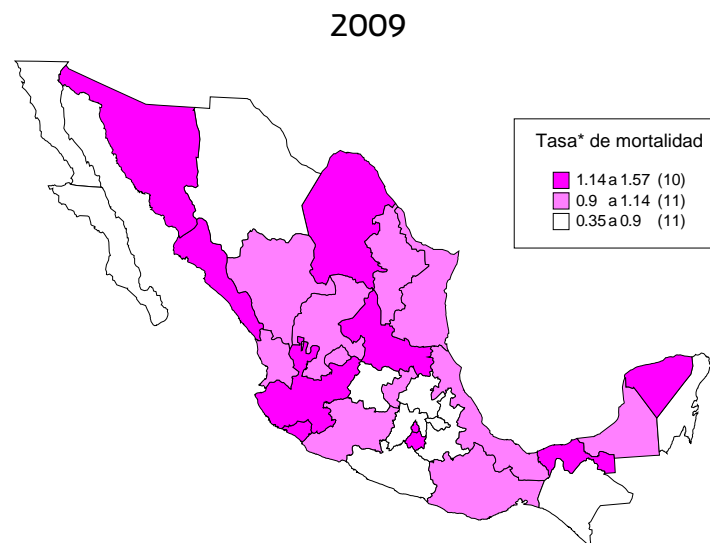
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Enfermedad de Parkinson según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Enfermedad de Parkinson según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	179	0.3	336	0.4	672	0.7	1 046	1.0
Aguascalientes	4	0.8	4	0.6	3	0.3	12	1.1
Baja California	2	0.2	5	0.3	10	0.4	21	0.7
Baja California Sur	2	0.9	1	0.3	1	0.2	3	0.5
Campeche	4	1.0	2	0.4	3	0.4	8	1.0
Coahuila	7	0.4	6	0.3	18	0.8	30	1.1
Colima	2	0.6	4	0.9	8	1.5	7	1.2
Chiapas	3	0.1	9	0.3	13	0.3	27	0.6
Chihuahua	7	0.3	13	0.5	16	0.5	19	0.6
Distrito Federal	30	0.3	38	0.5	83	1.0	118	1.3
Durango	2	0.2	10	0.7	12	0.8	14	0.9
Guanajuato	7	0.2	15	0.4	32	0.7	44	0.9
Guerrero	3	0.1	1	0.0	18	0.6	26	0.8
Hidalgo	4	0.3	8	0.4	11	0.5	20	0.8
Jalisco	11	0.3	36	0.7	62	1.0	89	1.3
México	12	0.2	34	0.3	63	0.5	93	0.6
Michoacán	10	0.3	8	0.2	30	0.7	44	1.1
Morelos	3	0.3	4	0.3	11	0.7	25	1.5
Nayarit	1	0.1	6	0.7	7	0.7	10	1.0
Nuevo León	1	0.0	12	0.4	24	0.6	41	0.9
Oaxaca	2	0.1	7	0.2	25	0.7	39	1.1
Puebla	14	0.4	14	0.3	40	0.8	48	0.8
Querétaro	1	0.1	3	0.3	10	0.7	18	1.0
Quintana Roo	1	0.4	2	0.4	2	0.2	6	0.5
San Luis Potosí	3	0.2	5	0.2	14	0.6	39	1.6
Sinaloa	3	0.2	9	0.4	14	0.5	36	1.4
Sonora	5	0.3	8	0.4	13	0.6	31	1.2
Tabasco	8	0.8	5	0.3	18	0.9	24	1.2
Tamaulipas	8	0.4	16	0.7	18	0.6	32	1.0
Tlaxcala	3	0.5	4	0.5	5	0.5	4	0.4
Veracruz	12	0.2	29	0.5	65	0.9	73	1.0
Yucatán	3	0.3	12	0.9	12	0.7	27	1.4
Zacatecas	0	0.0	6	0.5	7	0.5	13	0.9
Otros países	1	0.0	0	0.0	4	0.0	5	0.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

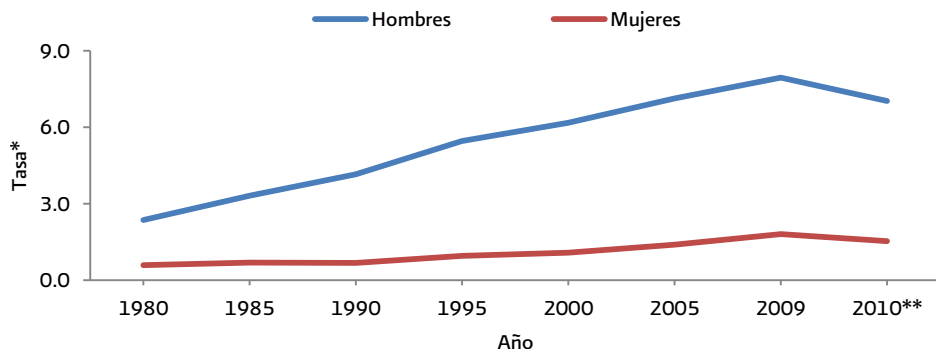


Se muestran tasas bajas en general para la enfermedad de Parkinson, sin embargo el estado de Campeche registra 1.0 defunción por cada 100 mil habitantes en el año 1980. En 1990 las cifras bajan y vuelven a subir en el 2000, Colima presentó una tasa de 1.5 en este último año.

La tasa nacional por esta causa en el año 2009, registra 1 defunción por 100 mil habitantes, y las entidades federativas con las cifras más altas en mortalidad fueron San Luis Potosí, Morelos, Sinaloa y Yucatán (1.6, 1.5, 1.4 y 1.4, respectivamente).

Mortalidad por Suicidio según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

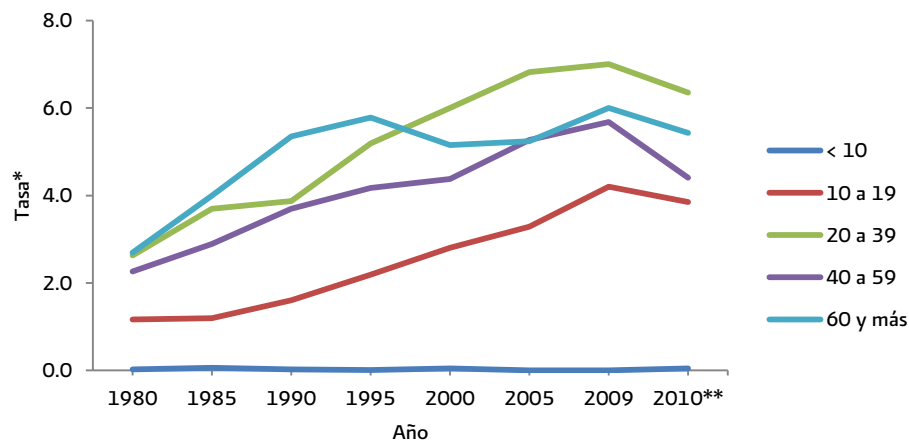
Mortalidad por Suicidio según sexo, México, 1980-2010



Las lesiones autoinfligidas intencionalmente o Suicidios constituyen la primera causa de mortalidad en el área de salud mental tanto en hombres como en mujeres en el año 2009. Este fenómeno ocurre mayormente en hombres, presentando una tasa de 7.9 defunciones por cada 100 mil habitantes en el 2009, en el mismo año la tasa de mujeres mostró 1.8 suicidios.

De 1980 a 1995 el grupo de edad con mayor suicidios corresponde al de 60 años y más; para el año 2000 y hasta el 2010 esta causa de mortalidad se observa con mayor frecuencia en el grupo de edad de 20 a 39 años.

Mortalidad por Suicidio según grupos de edad, México 1980-2010



Año	Defunciones	Tasa*
1980	976	1.5
1985	1 566	2.0
1990	1 938	2.4
1995	2 892	3.2
2000	3 475	3.6
2005	4 315	4.2
2009	5 190	4.8
2010**	4 587	4.2

*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

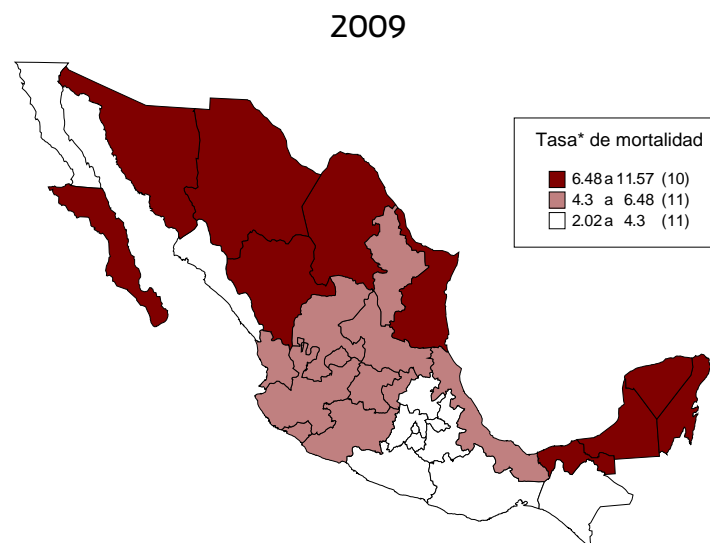
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Suicidio según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Suicidio según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	982	1.5	1 941	2.4	3 475	3.5	5 190	4.8
Aguascalientes	4	0.8	11	1.5	30	3.1	62	5.4
Baja California	7	0.6	39	2.3	92	3.8	91	2.9
Baja California Sur	11	5.1	16	5.0	32	7.3	44	7.8
Campeche	5	1.2	40	7.5	60	8.5	83	10.4
Coahuila	28	1.8	64	3.2	99	4.2	177	6.7
Colima	4	1.2	21	4.9	35	6.6	26	4.3
Chiapas	29	1.4	40	1.2	78	1.9	159	3.5
Chihuahua	61	3.0	83	3.4	233	7.6	245	7.2
Distrito Federal	30	0.3	241	2.9	325	3.7	371	4.2
Durango	14	1.2	26	1.9	47	3.2	118	7.6
Guanajuato	33	1.1	79	2.0	180	3.8	276	5.5
Guerrero	14	0.7	20	0.8	69	2.2	106	3.4
Hidalgo	13	0.8	21	1.1	61	2.7	49	2.0
Jalisco	17	0.4	132	2.5	292	4.5	357	5.1
México	74	1.0	118	1.2	210	1.6	421	2.8
Michoacán	69	2.4	70	2.0	146	3.6	182	4.6
Morelos	32	3.4	25	2.1	33	2.1	60	3.6
Nayarit	6	0.8	15	1.8	24	2.6	55	5.7
Nuevo León	18	0.7	71	2.3	144	3.7	285	6.4
Oaxaca	21	0.9	48	1.6	78	2.2	99	2.8
Puebla	30	0.9	44	1.1	104	2.1	195	3.5
Querétaro	4	0.5	22	2.1	44	3.1	74	4.3
Quintana Roo	9	4.0	21	4.3	55	6.1	152	11.6
San Luis Potosí	13	0.8	70	3.5	109	4.6	155	6.2
Sinaloa	48	2.6	50	2.3	73	2.8	101	3.8
Sonora	50	3.3	69	3.8	131	5.8	175	7.0
Tabasco	116	10.9	151	10.1	167	8.6	180	8.8
Tamaulipas	50	2.6	81	3.6	136	4.8	207	6.5
Tlaxcala	2	0.4	14	1.8	12	1.2	31	2.7
Veracruz	113	2.1	144	2.3	216	3.1	364	5.0
Yucatán	32	3.0	55	4.0	106	6.3	219	11.4
Zacatecas	15	1.3	29	2.3	38	2.8	67	4.9
Otros países	10	0.0	11	0.0	16	0.0	4	0.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

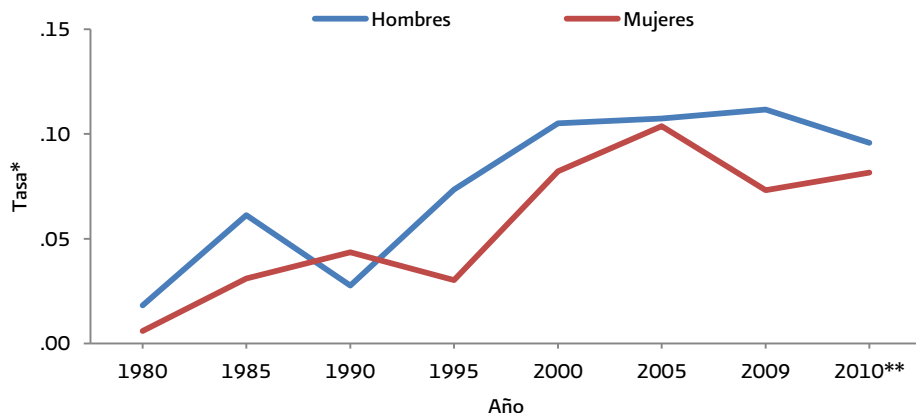


Por entidad federativa, el suicidio se registra muy por encima de las demás causas de mortalidad, llegando a incrementarse año con año; se observa claramente en la zona norte y sur-sureste del país, específicamente en el año 2009.

En 1980, 1990 y 2000 Tabasco tenía la tasa de mortalidad más alta, en el 2009 Quintana Roo y Yucatán con tasas de 11.6 y 11.4 respectivamente, se consideraron los estados con mayor registro en mortalidad por suicidio.

Mortalidad por Esquizofrenia según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por Esquizofrenia según sexo, México 1980-2010

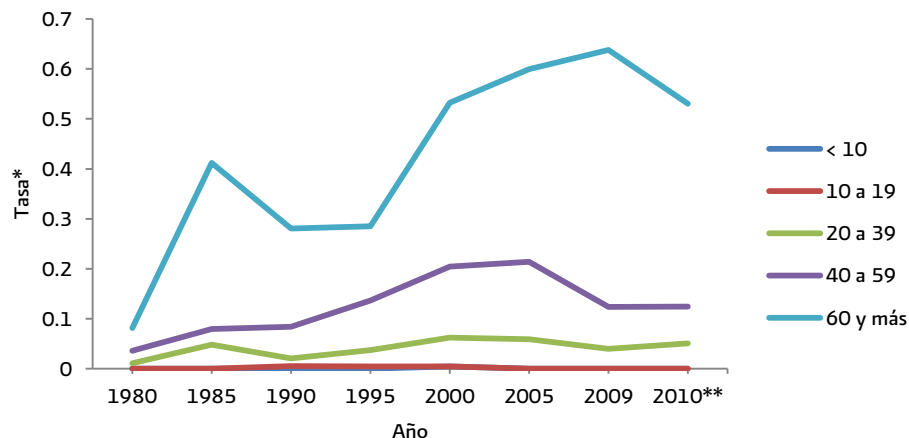


Las defunciones por Esquizofrenia presentan un comportamiento distinto en ambos sexos: la tendencia de 1980 a 1985 en hombres va en incremento, con un súbito y único cambio a la baja en 1990 por lo que las mujeres rebasan la tasa de mortalidad de hombres. Para los años posteriores la dinámica en los hombres en cuanto a su tasa va en aumento. En el caso de las mujeres su tasa se muestra desigual con un alza en el año 2010.

Respecto a grupos de edad, el primer lugar a lo largo del período seleccionado lo ocupa el de 60 años y más, seguido del de 40 a 59 años. En general, para esta causa se presentan menos defunciones, en comparación con otras.

Año	Defunciones	Tasa*
1980	8	0.0
1985	36	0.0
1990	29	0.0
1995	47	0.1
2000	91	0.1
2005	109	0.1
2009	99	0.1
2010**	96	0.1

Mortalidad por Esquizofrenia según grupos de edad, México 1980-2010



*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

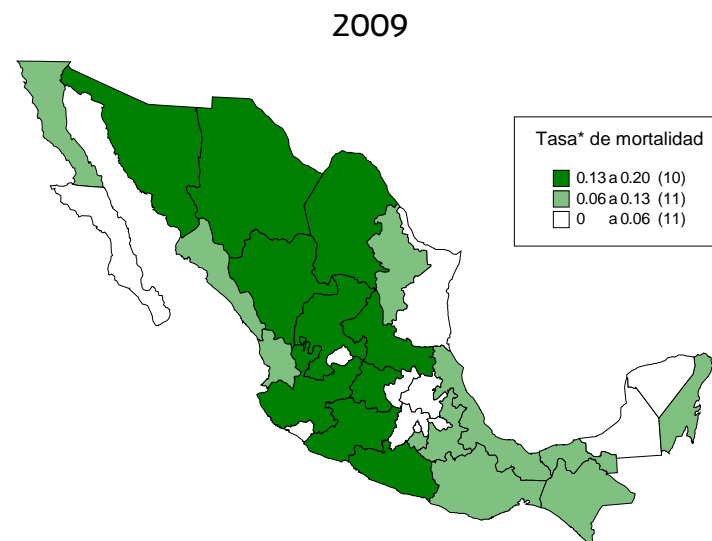
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Esquizofrenia según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Esquizofrenia según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	8	0.0	29	0.0	91	0.1	99	0.1
Aguascalientes	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Baja California	0	0.0	0	0.0	5	0.2	2	0.1
Baja California Sur	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Campeche	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Coahuila	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.2
Colima	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Chiapas	0	0.0	1	0.0	1	0.0	4	0.1
Chihuahua	1	0.0	3	0.1	5	0.2	5	0.1
Distrito Federal	2	0.0	0	0.0	6	0.1	5	0.1
Durango	0	0.0	1	0.1	2	0.1	2	0.1
Guanajuato	0	0.0	1	0.0	5	0.1	9	0.2
Guerrero	0	0.0	0	0.0	1	0.0	5	0.2
Hidalgo	0	0.0	1	0.1	1	0.0	0	0.0
Jalisco	0	0.0	0	0.0	13	0.2	9	0.1
México	0	0.0	4	0.0	1	0.0	2	0.0
Michoacán	1	0.0	3	0.1	1	0.0	7	0.2
Morelos	0	0.0	1	0.1	1	0.1	2	0.1
Nayarit	0	0.0	0	0.0	2	0.2	1	0.1
Nuevo León	0	0.0	1	0.0	1	0.0	4	0.1
Oaxaca	0	0.0	3	0.1	5	0.1	4	0.1
Puebla	0	0.0	2	0.0	3	0.1	4	0.1
Querétaro	0	0.0	0	0.0	2	0.1	1	0.1
Quintana Roo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
San Luis Potosí	0	0.0	0	0.0	7	0.3	5	0.2
Sinaloa	0	0.0	0	0.0	3	0.1	2	0.1
Sonora	0	0.0	0	0.0	5	0.2	5	0.2
Tabasco	0	0.0	0	0.0	2	0.1	2	0.1
Tamaulipas	0	0.0	4	0.2	1	0.0	1	0.0
Tlaxcala	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Veracruz	1	0.0	3	0.0	10	0.1	9	0.1
Yucatán	0	0.0	1	0.1	3	0.2	1	0.1
Zacatecas	3	0.3	0	0.0	3	0.2	2	0.1

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.



Es muy poca la afección por Esquizofrenia en el país, las tasas no rebasan el 0.2 defunciones por cada 100 mil habitantes. Estados como Baja California Sur, Campeche y Colima no presentan registro de defunciones por esta causa. En el año 2009 disminuyeron las tasas de mortalidad, en comparación con el 2000.

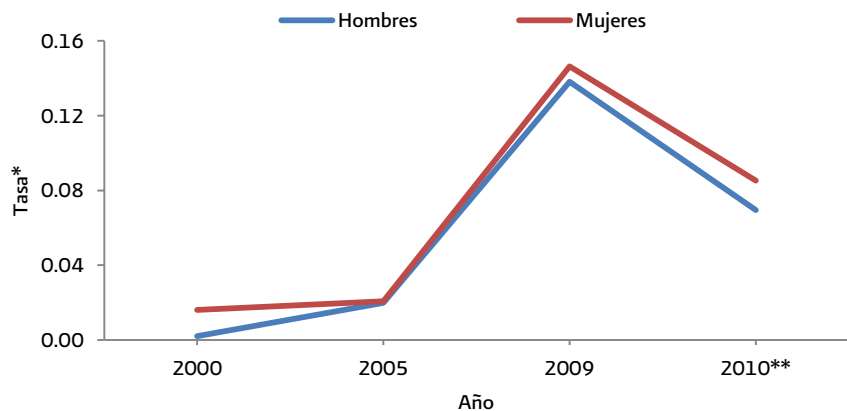
Mortalidad por Depresión mayor según sexo y grupos de edad, México 2000-2010

A pesar de ser una causa poco común en la lista de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades del Sistema Nervioso, la Depresión constituye un padecimiento de suma importancia por el desenlace e impacto que pudiera presentarse, por ejemplo el suicidio.

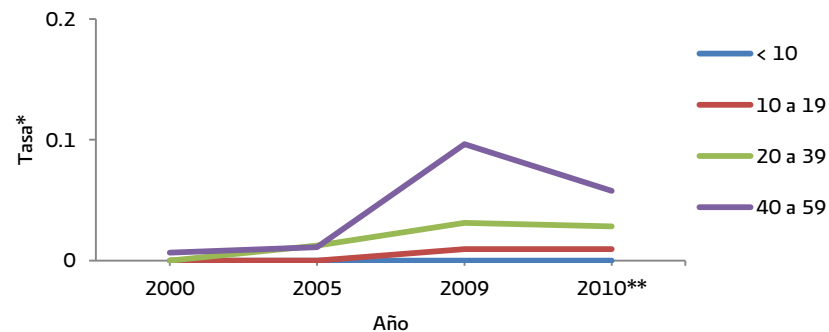
Aunque pudiera observarse casi uniforme, existe una mayor tasa de mortalidad en mujeres, y en aquellas que se encuentran dentro de los 60 años y más. La tasa más elevada se muestra en el año 2009.

Año	Defunciones	Tasa*
2000	9	0.0
2005	21	0.0
2009	153	0.1
2010**	84	0.1

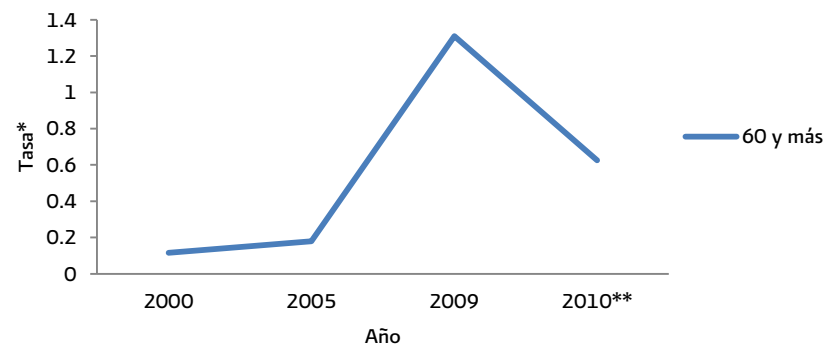
Mortalidad por Depresión mayor según sexo, México 1980-2010



Mortalidad por Depresión mayor según grupos de edad, México 1980-2010



Mortalidad por Depresión mayor según grupo de edad, México 1980-2010



*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

Fuentes: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Depresión mayor según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Depresión mayor según entidad de residencia, 1980-2009				
Entidad de Residencia	2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	9	0.0	153	0.1
Aguascalientes	0	0.0	2	0.2
Baja California	0	0.0	0	0.0
Baja California Sur	0	0.0	0	0.0
Campeche	0	0.0	0	0.0
Coahuila	0	0.0	4	0.2
Colima	0	0.0	1	0.2
Chiapas	1	0.0	7	0.2
Chihuahua	0	0.0	4	0.1
Distrito Federal	3	0.0	9	0.1
Durango	0	0.0	4	0.3
Guanajuato	0	0.0	10	0.2
Guerrero	0	0.0	4	0.1
Hidalgo	0	0.0	1	0.0
Jalisco	1	0.0	15	0.2
México	0	0.0	17	0.1
Michoacán	1	0.0	9	0.2
Morelos	0	0.0	3	0.2
Nayarit	0	0.0	1	0.1
Nuevo León	0	0.0	7	0.2
Oaxaca	0	0.0	4	0.1
Puebla	0	0.0	12	0.2
Querétaro	0	0.0	1	0.1
Quintana Roo	0	0.0	0	0.0
San Luis Potosí	0	0.0	3	0.1
Sinaloa	1	0.0	8	0.3
Sonora	1	0.0	6	0.2
Tabasco	0	0.0	2	0.1
Tamaulipas	0	0.0	2	0.1
Tlaxcala	0	0.0	3	0.3
Veracruz	0	0.0	8	0.1
Yucatán	1	0.1	3	0.2
Zacatecas	0	0.0	3	0.2

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

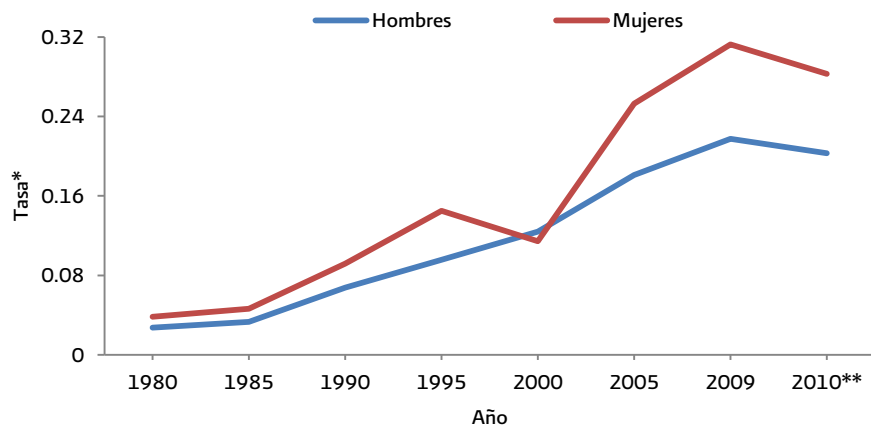


Respecto a esta causa por entidad federativa, los datos están disponibles desde el año 2000, es por ello que se muestran dos años. En el cuadro se observa que, en general la mortalidad por Depresión mayor no se presenta con mucha frecuencia en el país. En el primer año se registraron muy pocas defunciones y en el 2009 las cifras incrementaron prácticamente poco en algunos estados; las tasas no rebasan el 0.3.

La mortalidad por este padecimiento se observa mayormente en la zona costera del Océano Pacífico.

Mortalidad por Esclerosis múltiple según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por Esclerosis múltiple según sexo, México 1980-2010

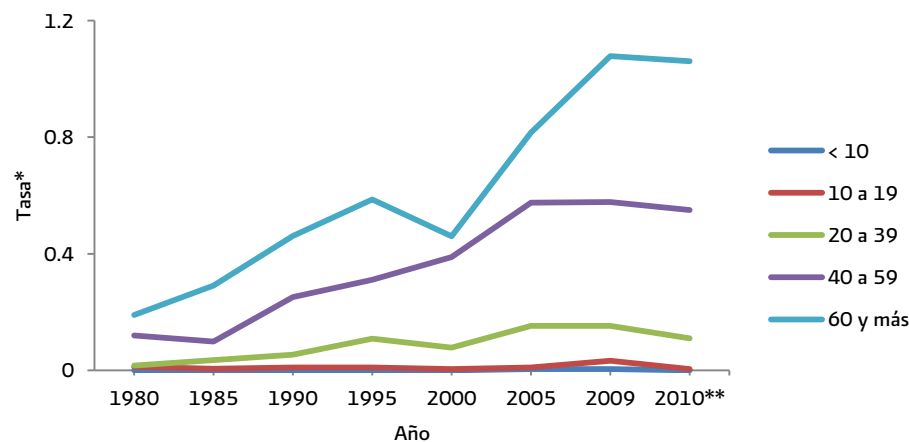


En la causa de mortalidad por Esclerosis múltiple, las mujeres se encuentran por encima de los hombres en la mayor parte del período a excepción del año 2000 que su tasa baja considerablemente quedando justo por debajo de la tasa de los hombres, sin embargo esta enfermedad afecta mayormente al sexo femenino.

Las personas de 60 años y más son aquellas con las tasas de mortalidad más altas, lo que significa que las mujeres mayores ocupan un lugar predominante en cuanto a las defunciones por esta causa.

Mortalidad por Esclerosis múltiple, México 1980-2010		
Año	Defunciones	Tasa*
1980	22	0.0
1985	31	0.0
1990	65	0.1
1995	110	0.1
2000	116	0.1
2005	225	0.2
2009	286	0.3
2010**	264	0.2

Mortalidad por Esclerosis múltiple según grupos de edad, México 1980-2010



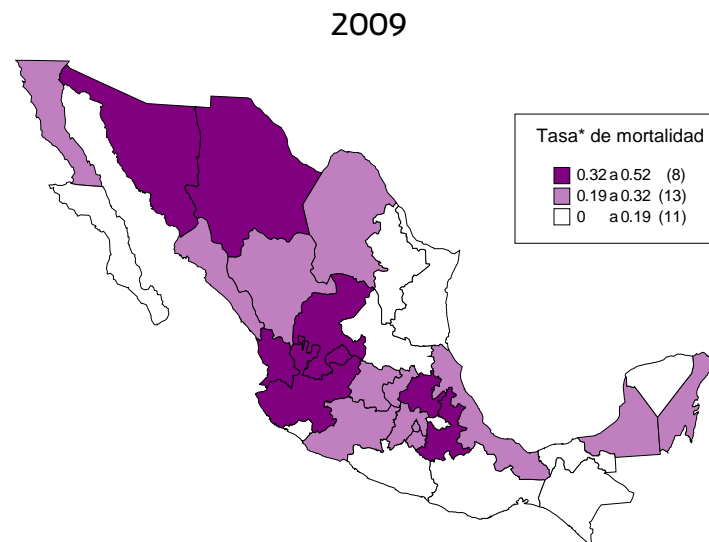
*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Mortalidad por Esclerosis múltiple según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Esclerosis múltiple según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	22	0.0	65	0.1	116	0.1	286	0.3
Aguascalientes	0	0.0	0	0.0	2	0.2	5	0.4
Baja California	2	0.2	2	0.1	6	0.3	10	0.3
Baja California Sur	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Campeche	0	0.0	0	0.0	1	0.1	2	0.3
Coahuila	1	0.1	2	0.1	2	0.1	8	0.3
Colima	0	0.0	2	0.5	0	0.0	0	0.0
Chiapas	0	0.0	1	0.0	4	0.1	4	0.1
Chihuahua	1	0.0	4	0.2	6	0.2	17	0.5
Distrito Federal	5	0.1	15	0.2	18	0.2	24	0.3
Durango	0	0.0	0	0.0	1	0.1	3	0.2
Guanajuato	1	0.0	2	0.1	3	0.1	14	0.3
Guerrero	0	0.0	0	0.0	4	0.1	4	0.1
Hidalgo	0	0.0	0	0.0	2	0.1	9	0.4
Jalisco	1	0.0	3	0.1	8	0.1	30	0.4
México	3	0.0	8	0.1	22	0.2	36	0.2
Michoacán	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	0.3
Morelos	0	0.0	1	0.1	1	0.1	5	0.3
Nayarit	1	0.1	1	0.1	0	0.0	5	0.5
Nuevo León	0	0.0	2	0.1	1	0.0	6	0.1
Oaxaca	0	0.0	2	0.1	5	0.1	6	0.2
Puebla	2	0.1	4	0.1	3	0.1	20	0.4
Querétaro	0	0.0	0	0.0	5	0.3	4	0.2
Quintana Roo	0	0.0	1	0.2	0	0.0	4	0.3
San Luis Potosí	0	0.0	2	0.1	7	0.3	1	0.0
Sinaloa	3	0.2	0	0.0	1	0.0	7	0.3
Sonora	2	0.1	4	0.2	5	0.2	9	0.4
Tabasco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.1
Tamaulipas	0	0.0	2	0.1	0	0.0	4	0.1
Tlaxcala	0	0.0	0	0.0	1	0.1	2	0.2
Veracruz	0	0.0	5	0.1	7	0.1	22	0.3
Yucatán	0	0.0	2	0.1	0	0.0	3	0.2
Zacatecas	0	0.0	0	0.0	1	0.1	7	0.5

*Tasa por 100 mil habitantes.

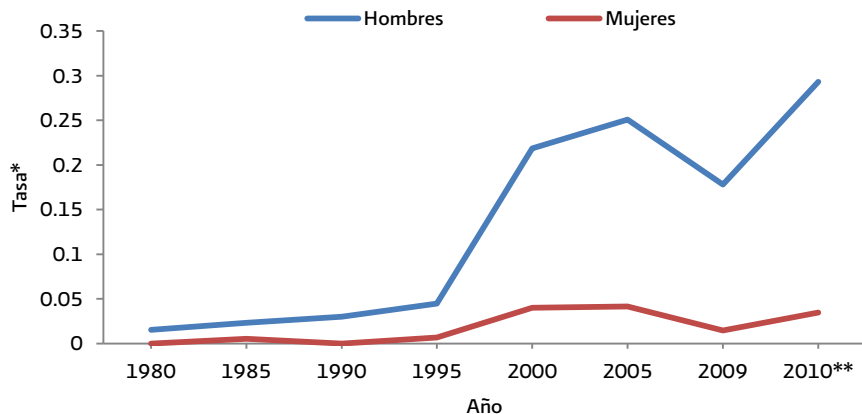
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.



Cabe destacar la importancia que representa la enfermedad de Esclerosis múltiple por ser una afección neurodegenerativa y crónica del Sistema Nervioso Central. En cuanto a la mortalidad por entidad federativa, se observa un mínimo impacto, sobre todo en los dos primeros años seleccionados, sin embargo, el comportamiento de esta causa se muestra a la alza para el año 2000 y 2009, teniendo una tasa nacional para este último año de 0.3 por cada 100 mil habitantes. Los estados con las mayores tasas fueron Chihuahua, Nayarit y Zacatecas.

Mortalidad por Uso de drogas según sexo y grupos de edad, México 1980-2010

Mortalidad por uso de drogas según sexo, México 1980-2010

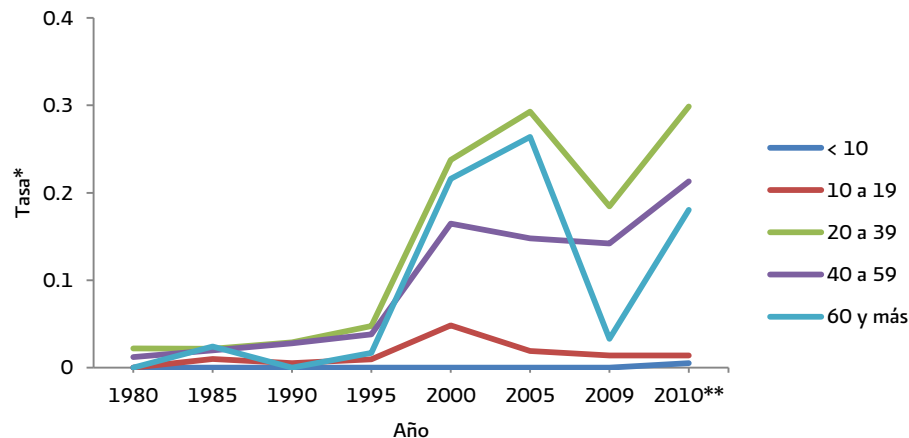


Para la mortalidad por el uso de drogas, se observa una clara diferencia entre ambos sexos, los hombres sobrepasan por mucho a las mujeres; el máximo punto alcanzado en hombres se encuentra en el año 2010.

El grupo de edad más vulnerable es el de 20 a 39 años de edad, subiendo sus cifras notablemente en el año 2005 y en el último año de la gráfica; es decir, los hombres dentro de este rango de edad se encuentran en riesgo en cuando a la mortalidad por el uso de drogas.

Año	Defunciones	Tasa*
1980	5	0.0
1985	11	0.0
1990	12	0.0
1995	23	0.0
2000	124	0.1
2005	148	0.1
2009	102	0.1
2010**	175	0.2

Mortalidad por uso de drogas según grupos de edad, México 1980-2010



*Tasa por 100 mil habitantes. ** Cifras preliminares.

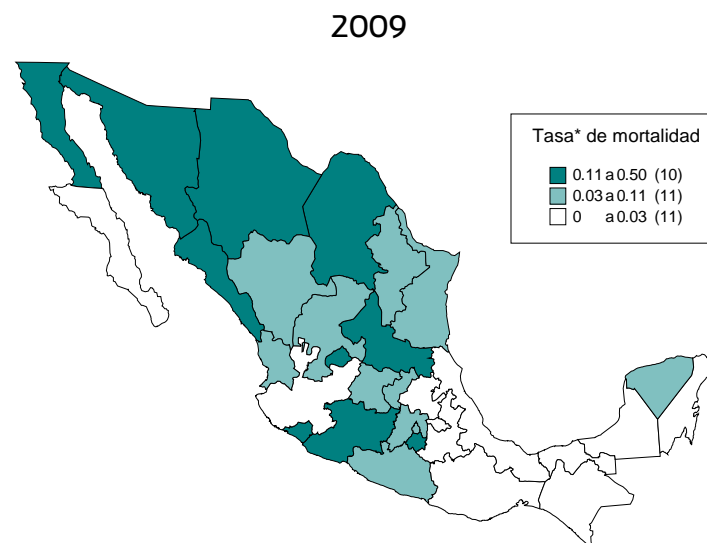
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.

Mortalidad por uso de drogas según Entidad Federativa, México 1980-2009

Mortalidad por Uso de drogas según entidad de residencia, 1980-2009								
Entidad de Residencia	1980		1990		2000		2009	
	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Estados Unidos Mexicanos	5	0.0	12	0.0	124	0.1	102	0.1
Aguascalientes	0	0.0	0	0.0	1	0.1	2	0.2
Baja California	1	0.1	2	0.1	23	1.0	12	0.4
Baja California Sur	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0
Campeche	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0
Coahuila	0	0.0	0	0.0	2	0.1	3	0.1
Colima	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Chiapas	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
Chihuahua	0	0.0	2	0.1	19	0.6	17	0.5
Distrito Federal	0	0.0	2	0.0	4	0.0	3	0.0
Durango	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Guanajuato	0	0.0	0	0.0	2	0.0	3	0.1
Guerrero	0	0.0	0	0.0	3	0.1	3	0.1
Hidalgo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Jalisco	0	0.0	4	0.1	4	0.1	1	0.0
México	0	0.0	0	0.0	16	0.1	7	0.0
Michoacán	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	0.5
Morelos	0	0.0	0	0.0	1	0.1	2	0.1
Nayarit	0	0.0	0	0.0	3	0.3	1	0.1
Nuevo León	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.0
Oaxaca	0	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0
Puebla	0	0.0	1	0.0	3	0.1	0	0.0
Querétaro	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.1
Quintana Roo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
San Luis Potosí	0	0.0	0	0.0	2	0.1	3	0.1
Sinaloa	2	0.1	0	0.0	4	0.2	4	0.2
Sonora	0	0.0	0	0.0	11	0.5	10	0.4
Tabasco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tamaulipas	0	0.0	0	0.0	10	0.4	1	0.0
Tlaxcala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Veracruz	0	0.0	0	0.0	4	0.1	2	0.0
Yucatán	0	0.0	0	0.0	2	0.1	1	0.1
Zacatecas	0	0.0	0	0.0	3	0.2	1	0.1
Otros Países	0	0.0	1	0.0	3	0.0	0	0.0

*Tasa por 100 mil habitantes.

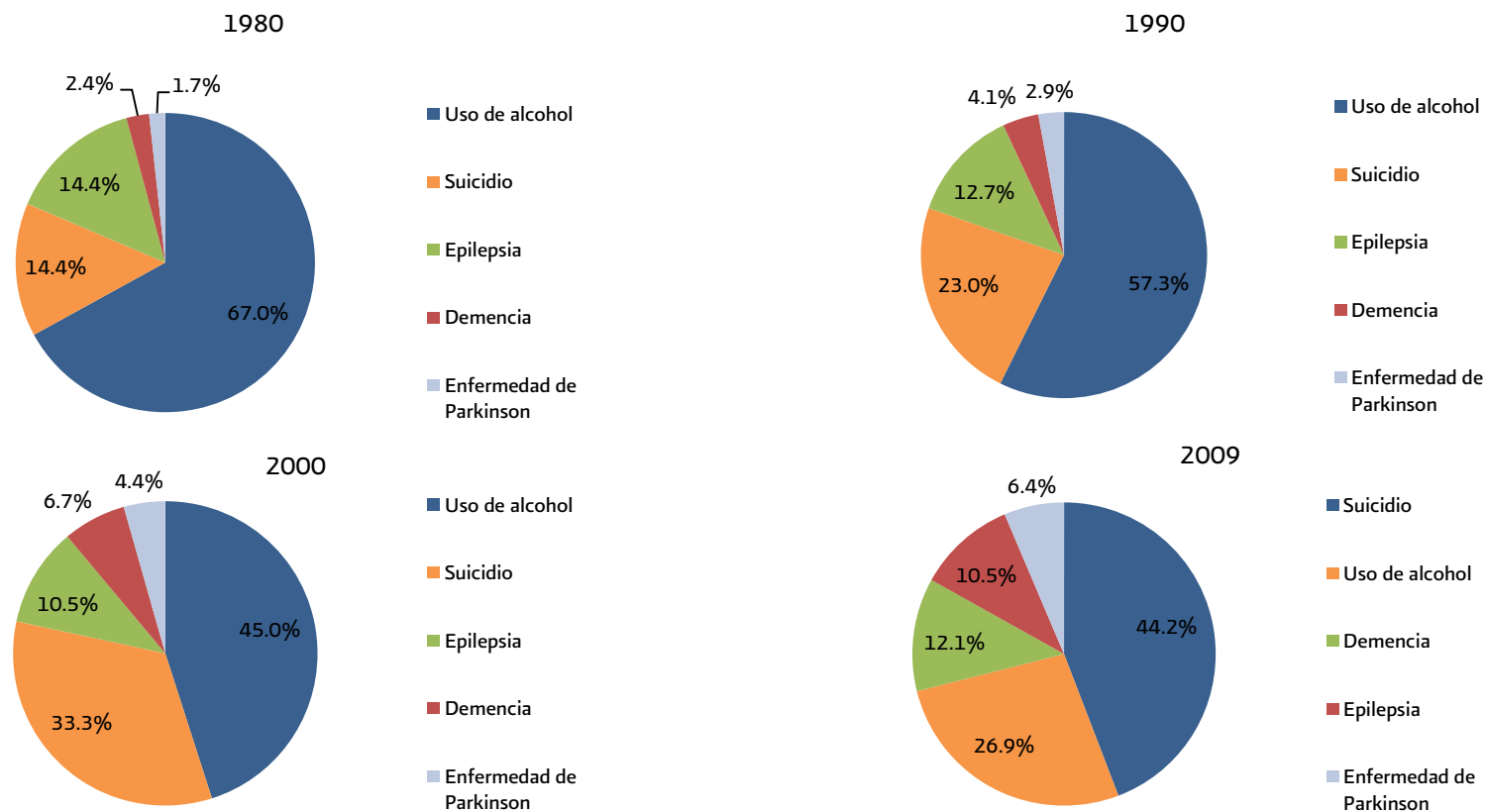
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS.) Base de defunciones.



De primer orden, en el mapa se localizan los estados en donde se registran las mayores tasas de mortalidad por el uso de drogas, y es notorio que la región más destacada por esta causa es en el norte del país y algunos estados como Michoacán que tienen mucha comunicación con Estados Unidos de América.

En general no existe gran impacto en la mortalidad por el uso de drogas, en comparación con el uso de alcohol; la tasa nacional para el año 2009 es de 1.0 defunciones por cada 100 mil habitantes.

Principales causas de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en hombres, 1980-2009



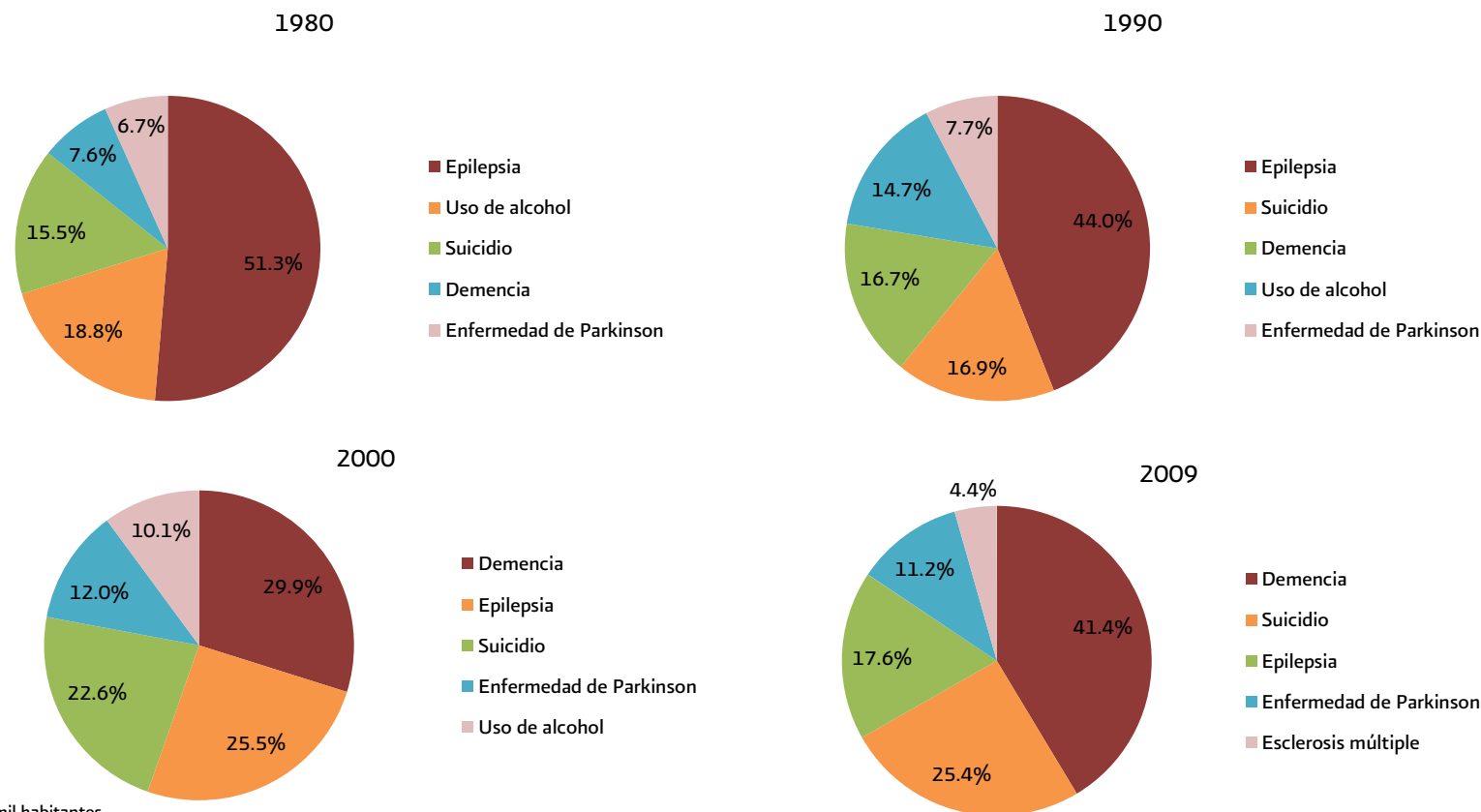
*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Las principales causas de mortalidad en hombres han ido cambiando de posición a través de los años: en 1980, 1990 y 2000 la primera causa era el uso de alcohol, y la quinta causa Enfermedad de Parkinson; para el año 2009 los suicidios ocuparon el primer lugar con una tasa de mortalidad de 44.2 por cada 100 mil habitantes.

El porcentaje de la mortalidad por el uso de alcohol ha ido disminuyendo con el paso de los años, hasta mostrarse con 26.9% en el 2009, cuando en 1980 se registraba un 67.0%. El cuadro muestra el suicidio, el uso de alcohol y Demencia como las tres primeras causas de mortalidad en hombres en 2009.

Principales causas de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas en mujeres, 1980-2009



*Tasa por 100 mil habitantes.

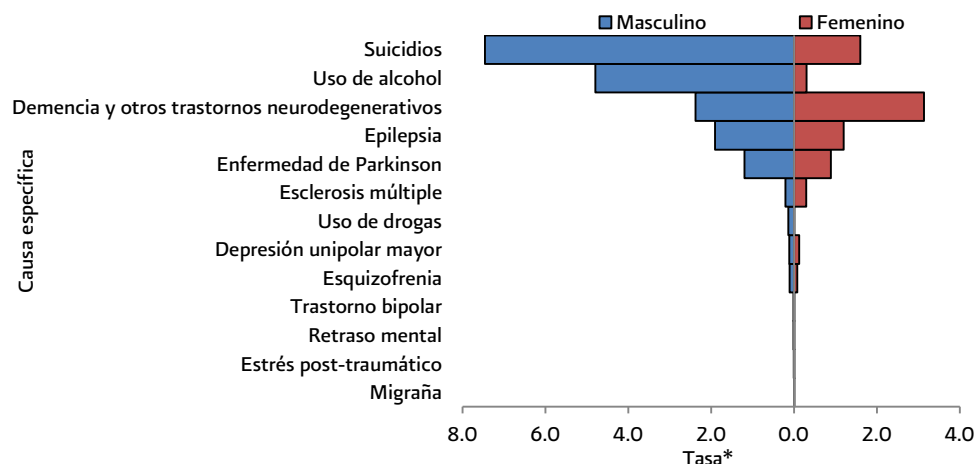
Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

Se muestran los cambios de la mortalidad en mujeres considerando las cinco principales causas en relación a las demás. En 1980 y 1990 la enfermedad de Demencia se encuentra en la cuarta y tercera posición y para los siguientes años ocupa el primer lugar. En los años 2000 y 2009 la Enfermedad de Parkinson ya se registra dentro de las principales causas de mortalidad en mujeres, y el suicidio aumenta y cambia de posición llegando a la segunda causa en 2009.

El cuadro indica que en el año 2009 la Demencia, los Suicidios y la Epilepsia fueron las tres primeras causas con una proporción de 41.4%, 25.4 % y 17.6% respectivamente.

Principales causas de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, 2010

Principales causas de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, México 2010



La gráfica se encuentra ordenada conforme a las causas del sexo masculino. Para el año 2010, en cuanto a las principales causas de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, se observa que indudablemente los hombres son más vulnerables en la mortalidad por Suicidios, mostrando una tasa de 7.5 defunciones por cada 100 mil habitantes; la segunda causa en hombres es el uso de Alcohol, con una tasa de 4.8. Respecto a las mujeres, la primera causa es la Demencia y otros trastornos neurodegenerativos, con una tasa de 3.1, la segunda causa son los suicidios con 1.6 defunciones por cada 100 mil habitantes. En general, el orden de las causas en ambos sexos difieren, sobrepasando en su tasa los hombres por mucho a las mujeres.

Principales causas de mortalidad por Trastornos mentales y Enfermedades Neuropsiquiátricas según sexo, México 2010							
Causa específica	Masculino		Femenino		No Especificado	Total general	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Defunciones	Tasa*
Total general	12 440	22.7	6 275	10.9	4	18 719	16.7
Suicidios	4 091	7.5	921	1.6	0	5 012	4.5
Demencia y otros trastornos neurodegenerativos	1 304	2.4	1 803	3.1	0	3 107	2.8
Uso de alcohol	2 628	4.8	176	0.3	2	2 806	2.5
Epilepsia	1 043	1.9	688	1.2	1	1 732	1.5
Enfermedad de Parkinson	657	1.2	510	0.9	0	1 167	1.0
Esclerosis múltiple	114	0.2	170	0.3	0	284	0.3
Depresión unipolar mayor	64	0.1	74	0.1	0	138	0.1
Esquizofrenia	59	0.1	44	0.1	0	103	0.1
Uso de drogas	76	0.1	6	0.0	0	82	0.1
Retraso mental	5	0.0	6	0.0	0	11	0.0
Trastorno bipolar	6	0.0	4	0.0	0	10	0.0
Estrés post-traumático	1	0.0	2	0.0	0	3	0.0
Migraña	0	0.0	1	0.0	0	1	0.0
Las demás causas	2 392	4.4	1 870	3.3	1	4 263	3.8

*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de defunciones.

VII. Representaciones Sociales vinculadas a la Salud Mental

Para poder entender a la salud mental es importante comprenderla desde una perspectiva amplia, incluyendo el aspecto social, que es de suma importancia ya que finalmente todos los padecimientos humanos están determinados e inmerso en mayor o menor medida el ámbito social y cultura.

Para esto es necesario considerar varios aspectos importantes como son los determinantes sociales de la salud mental y las representaciones sociales de la misma, ya que con esto será posible tener una visión mucho más completa de la Salud mental y de su impacto en la salud de la población.

Los determinantes sociales de la salud

El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica (Rosen, citado en Los determinantes sociales de la salud, 2008).

La Organización Mundial de la Salud define a los determinantes sociales de la salud de la siguiente manera:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema.

Para poder entender el concepto de representaciones sociales de la Salud Mental es importante puntualizar algunos elementos que ayudaran a la clarificación del tema, como son el concepto de «representación» y ahondar un poco en la teoría de las representaciones sociales.

Concepto de «representación»

La representación presenta dos dimensiones. Una dimensión de contexto: el sujeto se halla en situación de interacción social o ante un estímulo social y la representación aparece entonces como un caso de la cognición social. Una dimensión de pertenencia: siendo el sujeto un sujeto social, hace intervenir en su elaboración ideas, valores y modelos provenientes de su grupo de pertenencia o ideologías transmitidas dentro de la sociedad.

Dentro de los aspectos significantes de la actividad representativa, se considera que el sujeto es productor de sentido, que expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. El carácter social de la representación se desprende de la utilización de sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad o de la proyección de valores y aspiraciones sociales. Es por eso que se puede decir, que la representación es también considerada la expresión de una sociedad determinada.

Representación social

Las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos.

Según Denise Jodelet (2008) el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social material e ideal. En tanto que tales presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, comunicaciones mediante el cual las que circulan y las funciones que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

Ayestaran y Paez (1986) a través de una investigación sobre las representaciones de la Enfermedad Mental manejaron las siguientes categorías:

1. *Creencias del público sobre las características de las Enfermedades mentales:*

- La gran masa de la población no se representa claramente qué es la Enfermedad mental.
- Las personas profanas tienden a diferenciar entre los trastornos o enfermedades de los nervios y los locos. Igualmente se da una tendencia a diferenciar entre los enfermos mentales que hay que encerrar y los que no son «verdaderamente» locos.
- Las investigaciones realizadas en los años 60 en USA mostraron que el público reservaba el término de Enfermedad Mental para los desórdenes psíquicos más graves.
- La locura era la peor de las desgracias que podía llegar a uno. Investigaciones más recientes han mostrado opiniones menos negativas frente a la Enfermedad Mental sobre todo en relación con un nivel educativo aunque la etiqueta de enfermo mental genera una percepción negativa.

Es importante señalar y de acuerdo con (Towsend, 1975; Steadman, 1981) que los criterios que definía la enfermedad mental eran la irracionalidad, pérdida de control de sí, y los comportamientos «anormales», es decir todo aquel comportamiento, conducta o pensamiento que saliera de los márgenes preestablecidos por el contexto histórico y cultural. Los elementos comunes parecen ser, el carácter de incomprensibilidad de los comportamientos, la peligrosidad y la impredecibilidad. Investigaciones realizadas en Hispanoamérica y en otros países subrayan que se han observado actitudes más favorables entre las personas más jóvenes, de posición social y nivel educacional más alto o elevado.

Aparentemente las creencias colectivas sobre la Enfermedad mental han evolucionado en los últimos años. Sin embargo, esto no implica necesariamente un cambio de los sentimientos y comportamientos reales del público ante la Enfermedad mental.

Así en algunas investigaciones se encontró que grupos de sujetos tenían creencias muy diferentes ante la Enfermedad mental, pero todos tenían una actitud de rechazo. Por otro lado, otras investigaciones han mostrado que sujetos que expresan sentimientos favorables y afirman tener una disposición de comportamiento favorable ante los enfermos mentales, en la práctica no lo hacen.

2. *Las causas de la enfermedad y las representaciones sociales.*

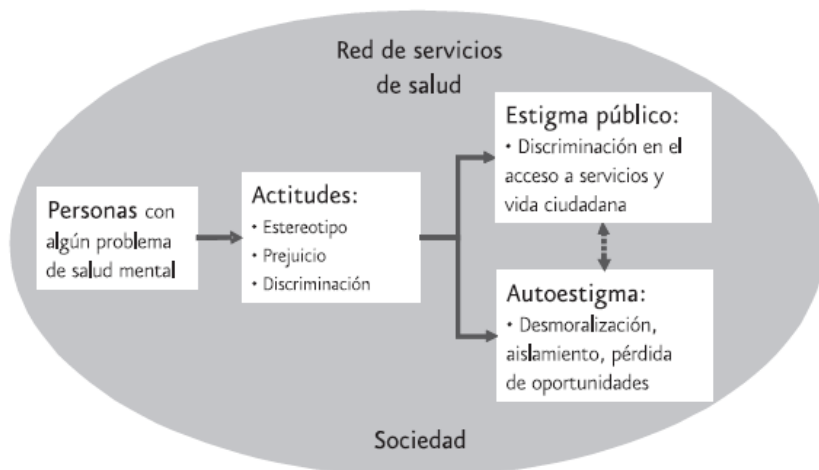
Siguiendo al línea de Ayestaran y Paez (1986) han sido encontrados en el público tres concepciones diferentes de la enfermedad mental que explican, parcialmente, el comportamiento de éste:

- La Enfermedad mental como fenómeno sobrenatural, concepción propia de los países en desarrollo y de los inmigrantes de estos países y asociada a una cultura agrícola.
- La Enfermedad mental como fenómeno de causas biológicas, difícilmente curable. Esta concepción está asociada a la población agrícola y a los pequeños pueblos de USA.
- La enfermedad mental como fenómeno funcional y psicológico. La enfermedad es el producto de una situación negativa. El enfermo sería, parcialmente, responsable de lo que le ocurre y puede ser ayudado.
- En estos contextos la etiología de la enfermedad mental se atribuía a los factores del entorno: problemas del trabajo, económicos y de salud (Kaplan, 1971).
- En las sociedades occidentales las representaciones oscilan entre el modelo médico-biológico y el funcional-psicológico. Sin embargo, para casos como el alcoholismo, la toxicomanía, etc., también está presente un modelo moral-punitivo: la «enfermedad» es un fallo moral y el tratamiento es una corrección por el castigo (Meius, 1980).

3. *Representaciones sociales y conducta antes la enfermedad mental.*

- La representación social mágico-religiosa puede inducir un comportamiento ritual colectivo curativo en otros contextos sociales. Pero en los países occidentales, el dominio de creencias religiosas de la enfermedad está más bien asociado a una actitud fatalista ante ella con la excepción de las toxicomanías, en las que muchos tratamientos institucionales se apoyan en creencias religiosas.
- La representación social de sentido común de la enfermedad como fenómeno médico-biológico favorece los siguientes comportamientos entre el público: se considera al enfermo como impotente para reaccionar, ya que está dominado por procesos físico-patológicos. Además concibe al enfermo mental como incapaz de cumplir sus obligaciones laborales.

Etapas del proceso de estigmatización



Con base en López et al., La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible, Archivos de Psiquiatría, 2006.

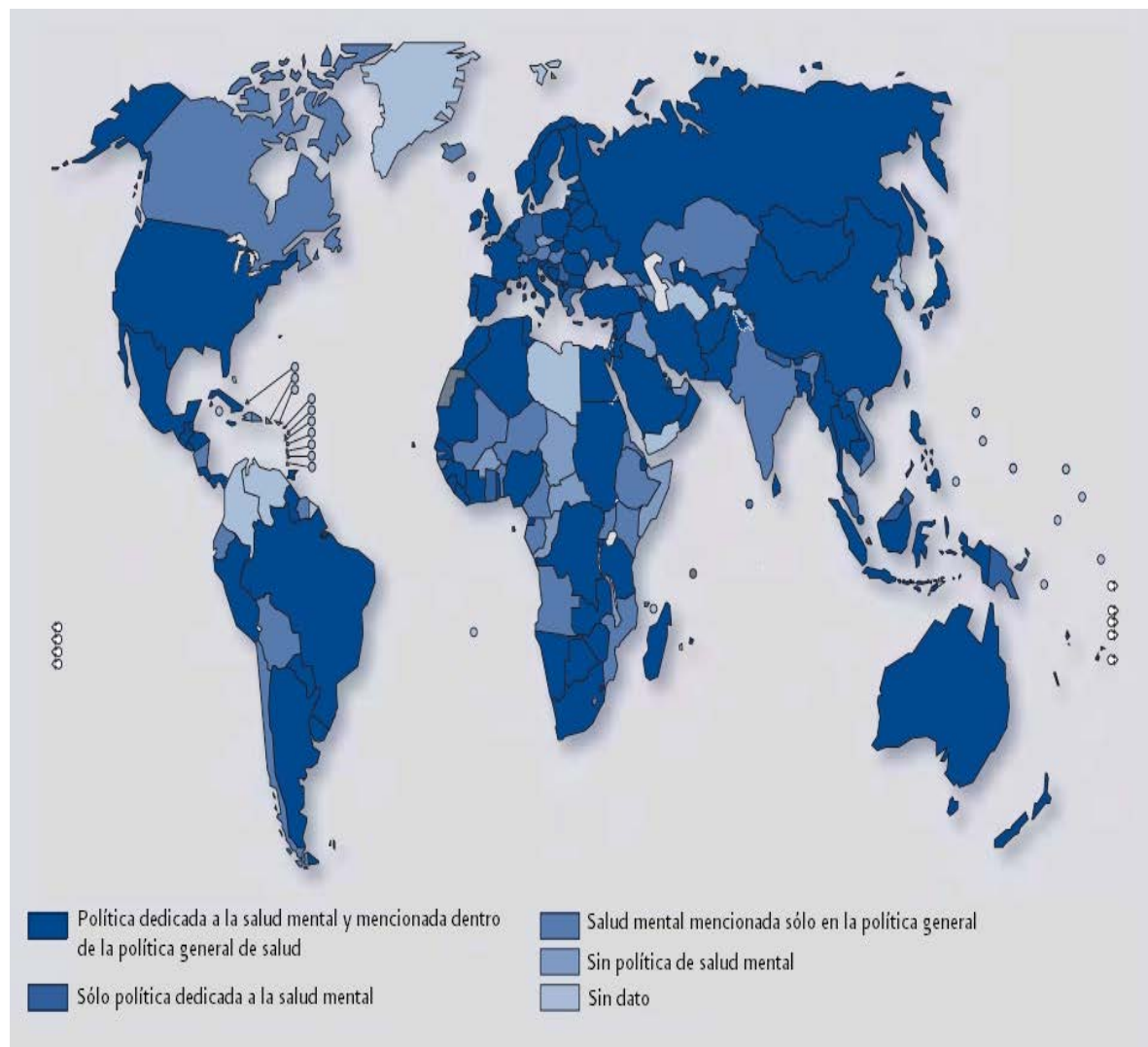
Componentes del estigma en personas con Trastornos mentales		
Actitudes	Estigma público	Autoestigma
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo	Creencias negativas sobre uno mismo
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio	Comportamiento en respuesta al prejuicio

Fuente: Rush et al. (2005), Mental Illness Stigma; Concepts, Consequences and initiatives to Reduce Stigma, Eur, Psychiatry, 20: 529-539, citado en Programa de Acción Específico 2007-2012 Atención en Salud Mental.

Porcentaje de personas que tienen una opinión negativa sobre el enfermo mental				
Opinión	Depresión	Esquizofrenia	Consumo de alcohol	Consumo de drogas
Peligro	23	71	65	74
Impredecible	56	77	71	78
Culpables de enfermedad	13	8	60	68
Diferentes	43	58	35	48
No se recuperan	23	51	24	23

Fuente: The British Journal of Psychiatry (2000), citado en Programa de Acción Específico 2007-2012 Atención en Salud Mental.

VIII. Contexto Internacional de la Salud Mental



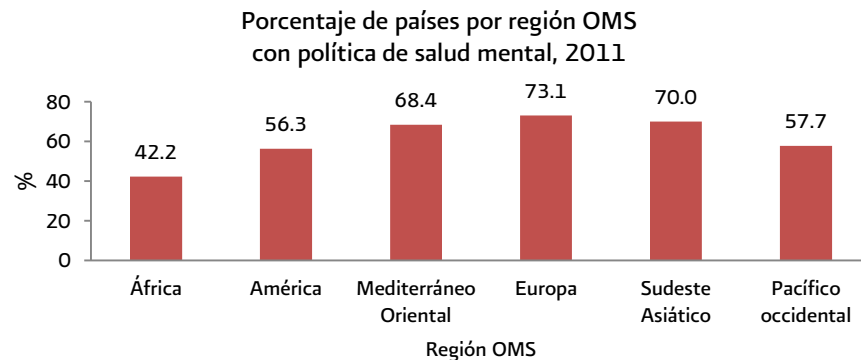
Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

De acuerdo con el Atlas de Salud Mental 2011 de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) el análisis sobre la presencia de una política de Salud Mental, así como la Salud Mental mencionada dentro de la Política General de Salud, la mayoría de los estados miembros (54%) tienen ambas estrategias.

Un considerable número de países (23%) sólo incluyen a la Salud mental dentro de sus Políticas Generales de Salud sin una política específica de Salud mental, por otra parte una pequeña proporción de países (2%) sólo tienen una política dedicada a la Salud Mental sin hacer mención a la Salud mental dentro de sus Políticas Generales de Salud, el 8% de los países no tienen cobertura de ningún tipo (Sin política exclusiva de Salud mental y sin mención dentro de la Política General de Salud).

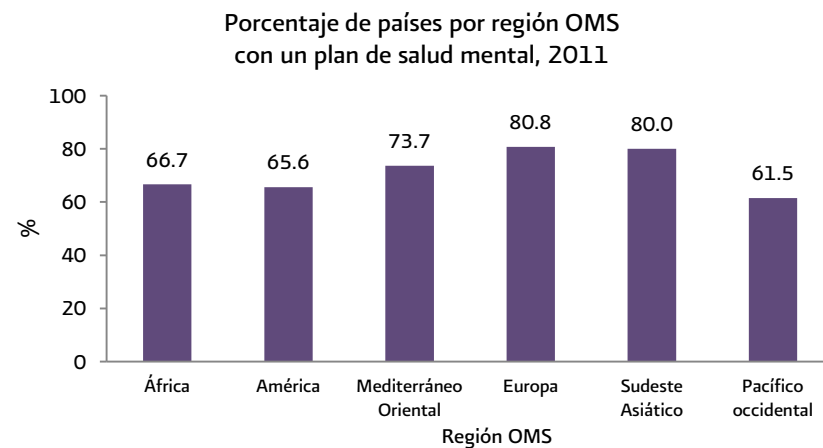
Presencia de políticas dedicadas a la salud mental por región OMS, 2011			
Región OMS	Países con política en Salud Mental	%	Cobertura de la población (%)
África	19/45	42.2	60.1
América	18/32	56.3	88.1
Mediterráneo Oriental	13/19	68.4	84.8
Europa	38/52	73.1	90.8
Sudeste Asiático	7/10	70.0	31.8
Pacífico occidental	15/26	57.7	94.9
Mundial	110/184	59.8	71.5

Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.



Presencia de un plan de salud mental por región OMS, 2011			
Región OMS	Países con plan de Salud Mental	%	Cobertura de la población (%)
África	30/45	66.7	78.7
América	21/32	65.6	97.0
Mediterráneo Oriental	14/19	73.7	86.7
Europa	42/52	80.8	95.2
Sudeste Asiático	8/10	80.0	98.3
Pacífico occidental	16/26	61.5	>99.0
Mundial	131/184	71.2	94.8

Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

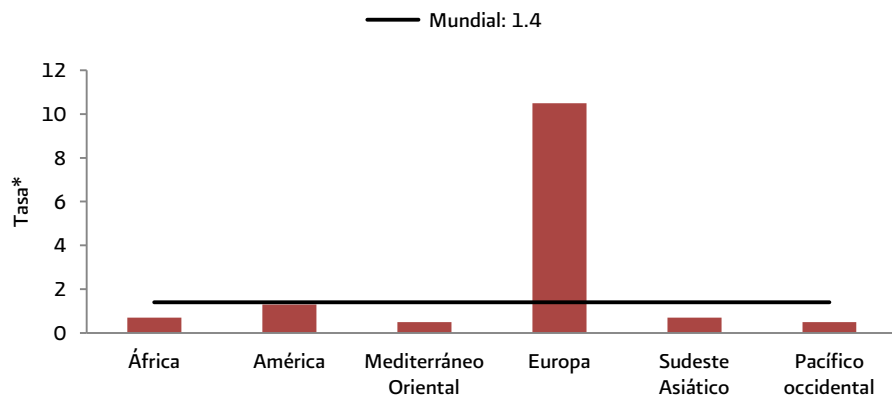


De acuerdo con la definición de la OMS una política en Salud Mental es: La declaración oficial de un gobierno sobre la transmisión de un conjunto organizado de valores, principios, objetivos y áreas de acción para mejorar la salud mental de una población. Por otra parte un plan de Salud Mental se define como: Un esquema preestablecido que detalla las estrategias y actividades que se llevarán a cabo para alcanzar los objetivos de la política.

De manera general se observa que a nivel mundial sólo el 59.8% de los países de la OMS cuentan con un política de Salud Mental y una cobertura del 72%. Por otra parte el 71.2% de los países de la OMS cuentan con un plan de acción en Salud Mental.

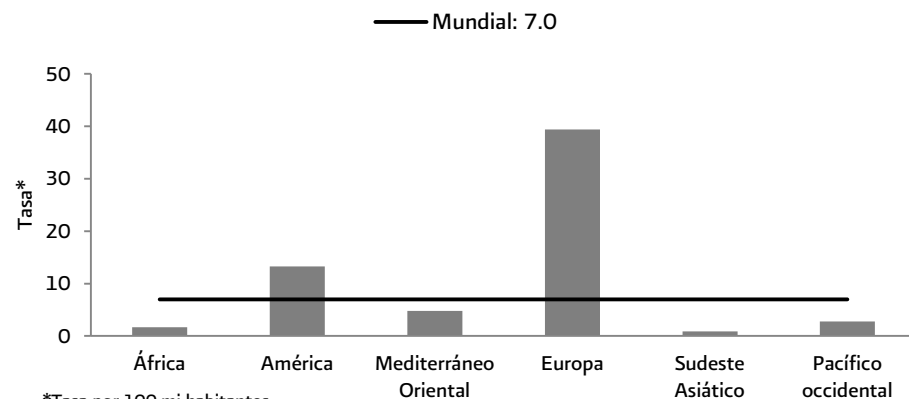
Distribución de camas en hospitales psiquiátrico por región y por tipo de hospital, OMS 2011

Tasa media de camas psiquiátricas en hospitales generales por región de la OMS, 2011



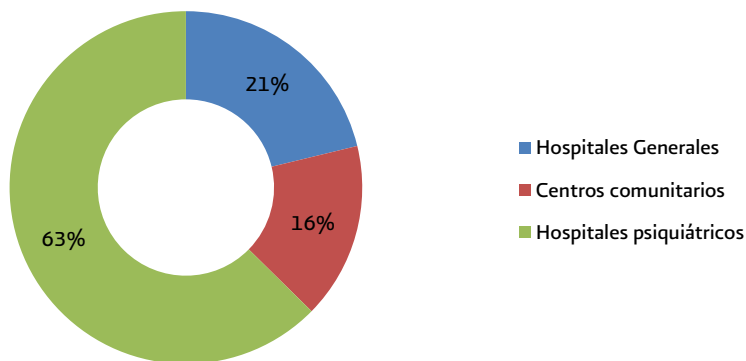
*Tasa por 100 mil habitantes.
Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

Tasa media de camas en hospitales psiquiátricos por región de la OMS, 2011



*Tasa por 100 mil habitantes.
Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

Porcentaje de la mediana global de camas para pacientes psiquiátricos por tipo de hospital, OMS 2011



Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

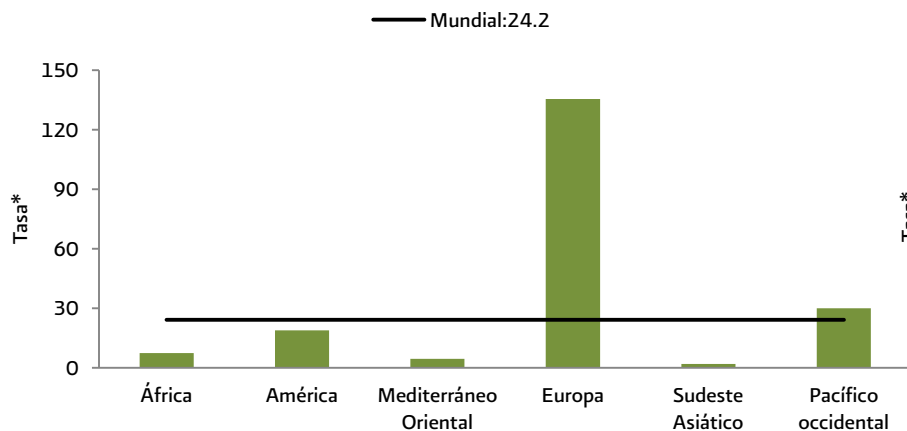
A nivel mundial se observa que la tasa promedio de camas por cada 100 mil habitantes destinadas para atención psiquiátricas en hospitales generales es de 1.4, a excepción de la región europea (10.5 camas por cada 100 mil habitantes) todas las regiones están por debajo del valor mundial. Esto da cuenta de una falta de recursos adecuados para la atención en salud mental, sobre todo en los casos graves.

Por otra parte a nivel de hospitales psiquiátricos la tasa promedio mundial es de 7 camas por cada 100 mil habitantes; nuevamente la región europea se encuentra muy por encima del resto de los países con una tasa de 39.4 camas por cada 100 mil habitantes. La región Americana se encuentra por encima del valor mundial con una tasa de 13.3.

De acuerdo a la distribución estimadas a nivel mundial de camas para pacientes psiquiátricos el 63% se encuentran en los hospitales psiquiátricos, el 21% en los hospitales generales y el 16% con centros comunitarios.

Admisiones al área de psiquiatría por región y tipo de hospital, OMS 2011

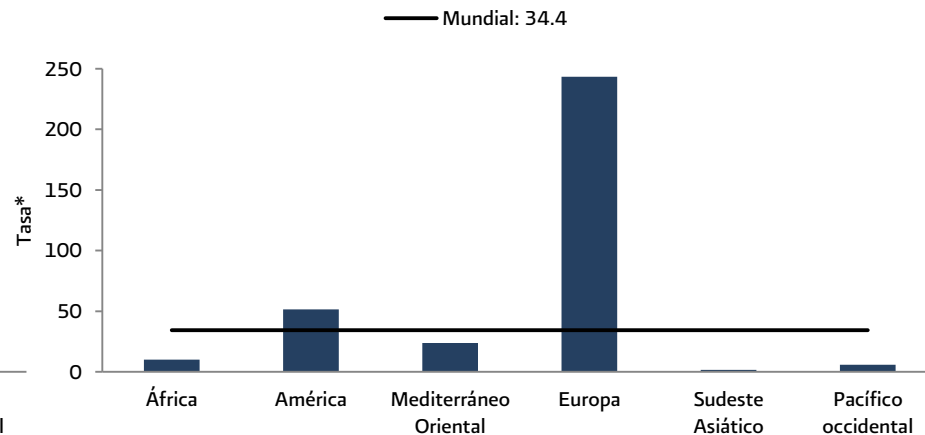
Tasa anual de admisiones a psiquiatría en hospitales generales por región de la OMS, 2011



*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

Tasa anual de admisiones a hospitales psiquiátricos por región de la OMS, 2011



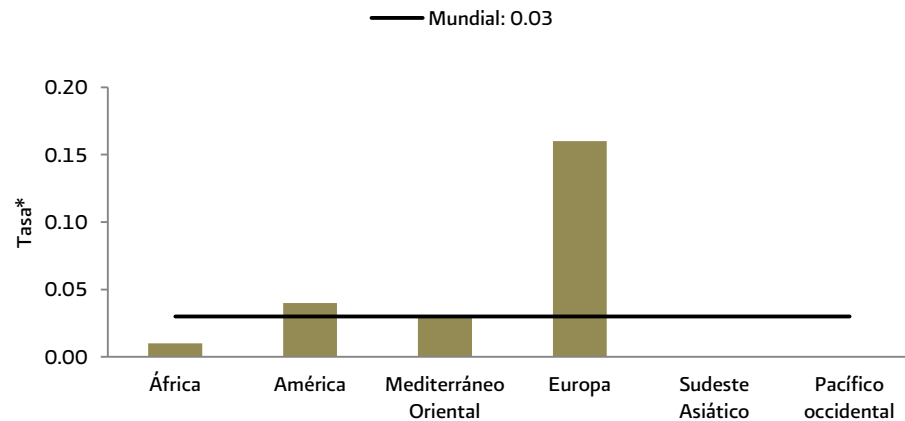
*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

De acuerdo con el reporte de la OMS en 2011 la tasa promedio anual mundial de admisiones al área de psiquiatría en los hospitales generales es de 24.2 por cada 100 mil habitantes, nuevamente la región europea presenta una tasa muy por encima del resto de las regiones, 135.5 admisiones por cada 100 mil personas. Es interesante señalar como el pacífico occidental presenta mas ingresos a psiquiatría que América.

En comparación con la tasa promedio anual de admisiones a hospitales psiquiátricos a nivel mundial es de 34.4 por cada 100 mil habitantes, Europa presenta una marcada diferencia respecto a las demás regiones, 243.3 admisiones por cada 100 mil habitantes, la región de americana por su parte tuvo una tasa de 51.5.

Tasa media de hospitales psiquiátricos por región de la OMS, 2011



*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: Atlas de Salud Mental, 2011.

Prevalencia de Trastornos mentales en los últimos 12 meses, OMS/CIDI/DSM-IV 2004

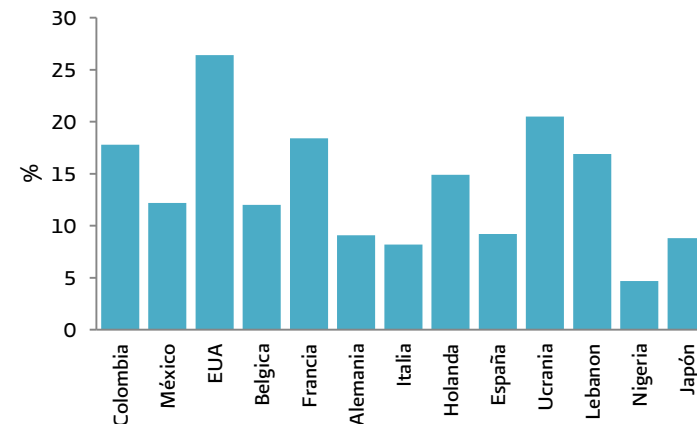
Prevalencia de Trastornos mentales en los últimos 12 meses. Organización Mundial de la Salud. Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta/Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición, 2004					
País	% (Nivel de confianza al 95%)				
	Ansiedad	Afectivos	Control de impulsos	Sustancias	Cualquier trastorno
América					
Colombia	10.0	6.8	3.9	2.8	17.8
México	6.8	4.8	1.3	2.5	12.2
Estados Unidos	18.2	9.6	6.8	3.8	26.4
Europa					
Belgica	6.9	6.2	1.0	1.2	12.0
Francia	12.0	8.5	1.4	0.7	18.4
Alemania	6.2	3.6	0.3	1.1	9.1
Italia	5.8	3.8	0.3	0.1	8.2
Holanda	8.8	6.9	1.3	3.0	14.9
España	5.9	4.9	0.5	0.3	9.2
Ucrania	7.1	9.1	3.2	6.4	20.5
Este Medio y África					
Lebanon	11.2	6.6	1.7	1.3	16.9
Nigeria	3.3	0.8	0.0	0.8	4.7
Asia					
Japón	5.3	3.1	1.0	1.7	8.8
República de China					
Beijing	3.2	2.5	2.6	2.6	9.1
Shanghai	2.4	1.7	0.7	0.5	4.3

Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

De acuerdo a la Encuesta Mundial de Salud Mental hecha por la OMS en 2003, EUA, Ucrania y Francia presentaron las prevalencias más altas por cualquier Trastorno mental 26.4%, 20.5% y 18.4% respectivamente. México presentó una prevalencia del 12.2% para cualquier Trastorno mental.

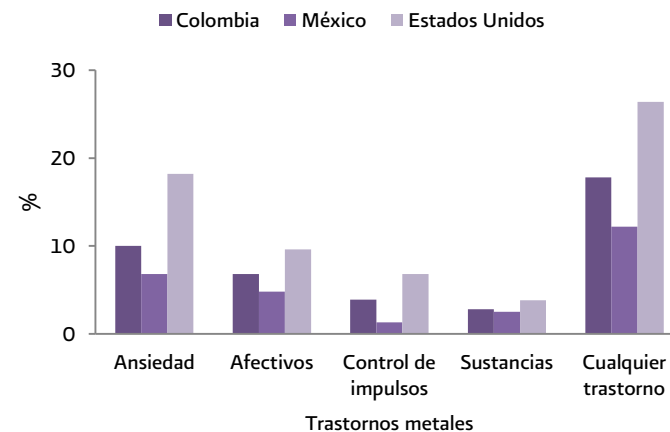
Uno de los instrumento empleados para la realización de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la cual desprende la ENEP, es la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI por su siglas en inglés) y su codificación a través del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, DSM-IV.

Prevalencia de Trastornos mentales en países seleccionados. OMS/CIDI/DSM-IV, 2004



Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

Prevalencia de Trastornos mentales en el último año. Colombia, México, EUA. OMS/CIDI/DSM-IV, 2004



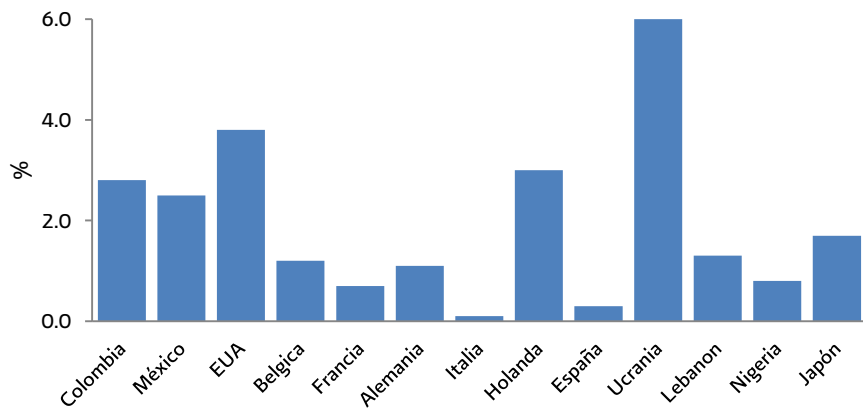
Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

Prevalencia de Trastornos de ansiedad y de uso de sustancia en los últimos 12 meses, OMS /CIDI/DSM-IV 2004

De acuerdo a los datos arrojados por la CIDI en cuanto a la distribución de las prevalencias por países según la agrupación en las 4 categorías (Trastornos de ansiedad, de uso de sustancias, afectivos y de control de impulsos) se encontró lo siguiente:

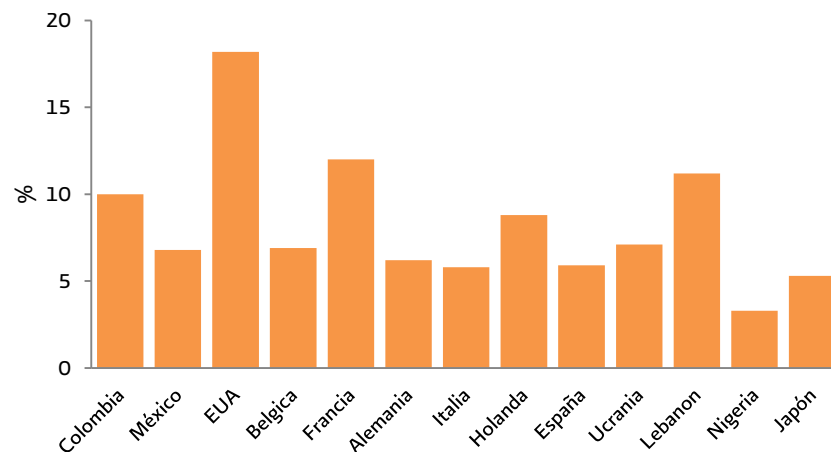
- En cuanto a los trastornos de ansiedad Estados Unidos, Francia y Lebanon presentaron las prevalencias más altas, 18.2%, 12% 11.2% respectivamente.
- México por su parte presentó una prevalencia total de 6.8% para este tipo de trastornos, sólo por arriba de Alemania, España, Italia, Japón y Nigeria.
- Éste grupo incluye el trastorno de angustia por agorafobia, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, entre otros.

Prevalencia de trastornos de uso de sustancias en el último año.
OMS/CIDI/DSMA-IV, 2004



Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

Prevalencia de trastornos de ansiedad en el último año.
OMS/CIDI/DSMA-IV, 2004



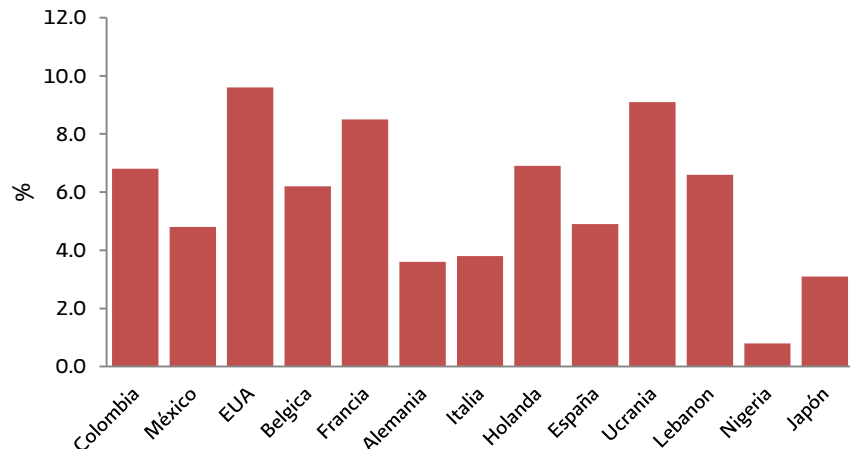
Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

Lo que corresponde a los trastornos de uso de sustancias (incluye alcohol, tabaco y otras drogas) se encontró lo siguiente:

- Ucrania presentó la mayor prevalencia 6.4%, seguido de Estados Unidos (3.8%) y Holanda (3.0%).
- México por su parte se situó en el quinto lugar con una prevalencia del 2.5% por debajo de Colombia (2.8%).
- El resto de los países presentaron prevalencias por debajo del 2%.

Prevalencia de trastornos afectivos y de control de impulso en los últimos 12 meses, OMS /CIDI/DSM-IV 2004

Prevalencia de trastornos afectivos en el último año.
OMS/CIDI/DSMA-IV, 2004



Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

En lo que corresponde a los trastornos de control de impulso, los resultados arrojados son los siguientes:

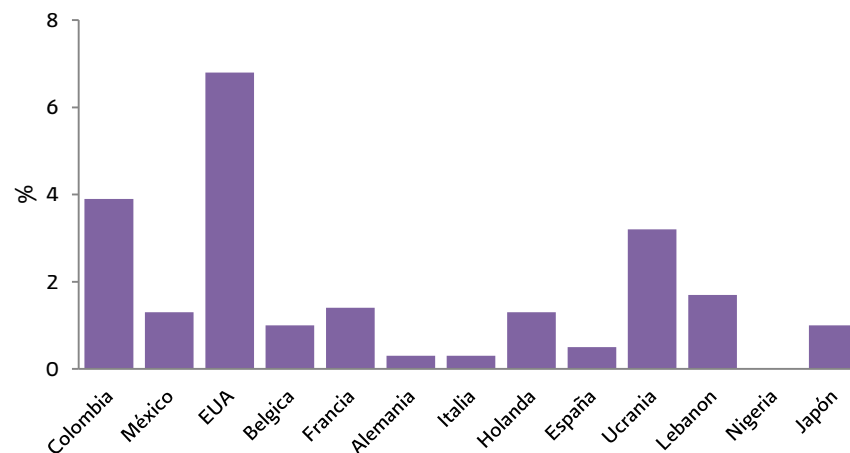
- Estados Unidos, Colombia y Ucrania fueron los países con las prevalencias más altas para este trastorno, (6.8%), (3.9%) y (3.2%) respectivamente.
- México presentó una prevalencias del (1.3%) por debajo de Lebanon (1.7%) y Francia (1.4%).
- El resto de los países presentaron prevalencias menores a (1.5%).

Cabe señalar que en las 4 categorías de los trastornos mentales Estados Unidos aparece dentro de las principales prevalencias.

De acuerdo con la distribución de las prevalencias por países de los trastornos afectivos se observó lo siguiente:

- Los países con mayores prevalencias por estos trastornos fueron: Estados Unidos (9.6%), Ucrania (9.1%) y Francia (8.5%).
- Por su parte México se ubicó en el noveno sitio con una prevalencia del 4.8%, por debajo de España (4.9%).
- Holanda, Colombia, Lebanon y Bélgica presentaron prevalencias entre (6.9%) y (6.2%).
- Italia, Alemania, Japón y Nigeria presentaron menores a (4%).

Prevalencia de trastornos de control de impulsos en el último año.
OMS/CIDI/DSMA-IV, 2004



Fuente: Encuesta Mundial de Salud Mental OMS, 2003.

Estudios Epidemiológicos realizados en América Latina y el Caribe sobre la prevalencia de Trastornos psiquiátricos 1979-2003

Estudios Epidemiológicos realizados en América Latina y el Caribe sobre la prevalencia de Trastornos psiquiátricos

Estudio	Fecha	Tamaño y características de la muestras	Edad (Años)	Instrumentos	Referencia diagnóstica
Buenos Aires, Argentina	1979	3 410	17+	PSE	CATEGO/CIE-9
BambuÍ, Brasil	1996-1997	1 041	18+	CIDI	DSM-III-R
Multicéntrico, Brasil	1991	6 476	15+	QMPA/DSM	DSM-III
Sao Paulo, Brasil	1994-1996	1 464	18+	CIDI 1.1	DSM-III-R
Santiago, Chile	1996-1998	3 870	16-64	CIS-R	CIE-10
Chile	1992-1999	2 978	15+	CIDI 1.1	DSM-III-R
Colombia	1997	15 048	12+	CIDI 2.0	DSM-IV
Colombia, depresión	2000-2001	6 610	18+	CIDI 2.1	CIE-10
Colombia (WMH)	2003	4 544	18-65	CIDI-CAPI	DSM-IV
México (ENEP)	2001-2002	5 826	18-65	CIDI-CAPI	DSM-IV
México (PSE)	1988	1 984	18-64	PSE	CIE-9
México, DF, México	1995	1 937	18-64	CIDI 1.1	DSM-III-R
México rural	1996-1997	945	15-89	CIDI 1.1	CIE-10
Lima, Perú	1983	815	18+	DIS	DSM-III
Puerto Rico (Estados Unidos)	1984	1 513	18-64	DIS	DSM-III

Fuente: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la Salud Pública, 2005.

Para poder hacerle frente a la creciente carga sanitaria que representan las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe es menester entender su prevalencia y la brecha o hiato que existe en la provisión de atención, es decir, el porcentaje de personas que padecen de una afección determinada pero que no reciben ninguna atención. Algunos estudios epidemiológicos de tipo comunitario sobre los Trastornos psiquiátricos que se han publicado desde los años ochenta arrojan luz sobre la magnitud de la carga. En ellos se calcularon las tasas de prevalencia de algunos Trastornos mentales específicos en diversos países del continente americano mediante el uso de instrumentos de entrevista estructurados o semiestructurados ligados a los criterios diagnósticos actuales. Entre ellos figuran la Exploración del Estado Actual (Present State Examination, PSE) (6), el Instrumento de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS) (7) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) (8). En el primer estudio de prevalencia efectuado en América Latina y el Caribe se utilizó el PSE (9-11).

Persona de 15 años de edad o más en América Latina y el Caribe que tienen Trastornos mentales calculados a partir de las tasas medianas de los estudios comunitarios en la región

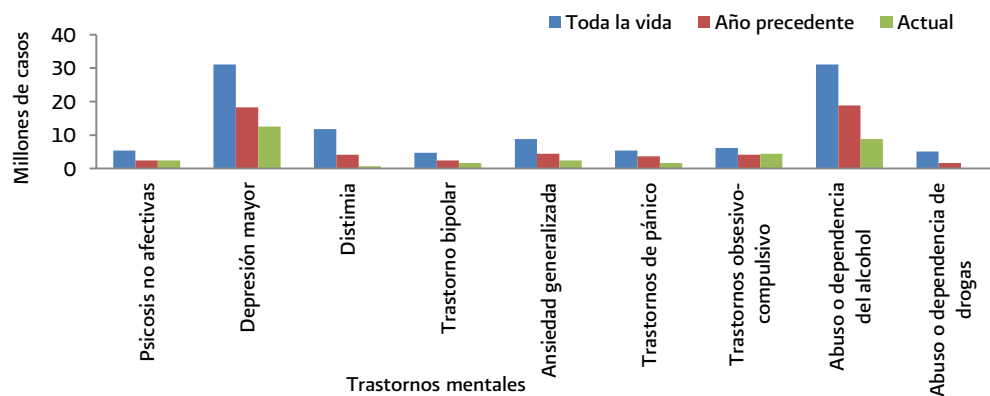
Número de adultos (de 15 años de edad o más) (en millones) en América Latina y el Caribe que tienen Trastornos mentales, calculado a partir de las tasa medianas de los estudios los estudios comunitarios en la región, 2005

Trastornos mentales	Prevalencia								
	Toda la vida			Año precedente			Actual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis no afectivas	5.4	2.5	2.4	2.4	1.2	1.9	2.4	1.0	1.4
Depresión mayor	31.1	9.7	19.9	18.3	5.8	12.3	12.5	4.0	8.1
Distimia	11.8	2.0	9.3	4.1	1.3	2.2	0.7	0.3	0.5
Trastorno bipolar	4.7	2.1	2.1	2.4	1.0	0.7	1.7	0.8	0.9
Ansiedad generalizada	8.8	3.0	6.0	4.4	1.5	2.2	2.4	1.0	1.2
Trastornos de pánico	5.4	1.7	4.1	3.7	0.8	2.4	1.7	0.3	1.4
Trastornos obsesivo-compulsivo	6.1	2.1	3.6	4.1	1.7	2.4	4.4	1.7	2.4
Abuso o dependencia del alcohol	31.1	29.6	3.5	18.9	16.2	2.4	8.8	9.4	0.5
Abuso o dependencia de drogas	5.1	3.8	0.9	1.7	1.7	0.3	...*

*Las elipsis (...) indican que no hubo observaciones

Fuente: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la Salud Pública, 2005.

Personas de 15 años de edad o más en América Latina y el Caribe que tienen trastornos mentales, calculado a partir de las tasa medianas de los estudios los estudios comunitarios en la región, 2005



Fuente: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la Salud Pública, 2005.

A partir de 1999, la población total de adultos (de 15 años o mayores) en América Latina y el Caribe se estimó en 338 millones (165 millones de varones y 173 millones de mujeres). En el cuadro y la gráfica se presentan las estimaciones del número de adultos afectados por cada trastorno, por sexo, en cada uno de los tres períodos de prevalencia examinados.

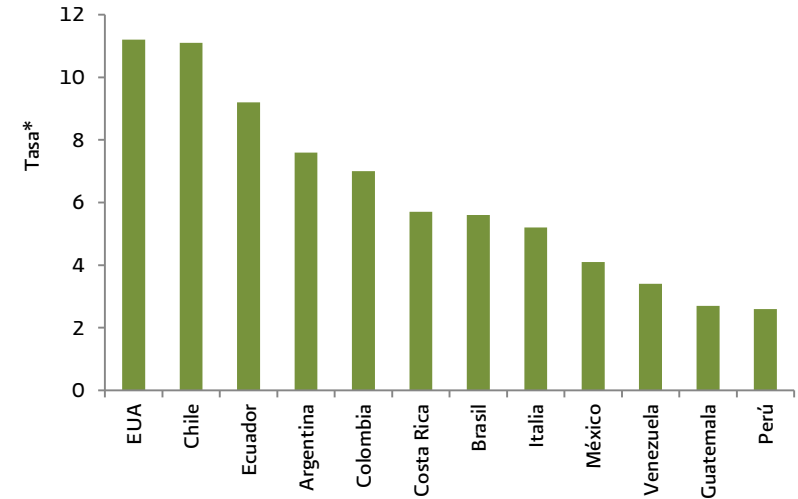
Los trastornos que afectaron al mayor número de adultos fueron la depresión mayor, la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada, y el abuso o la dependencia del alcohol. Por ejemplo, en algún momento de la vida, la depresión mayor y el abuso o la dependencia del alcohol afectaron individualmente a alrededor de 31.1 millones de adultos.

Mortalidad por suicidio total y por sexo en países seleccionados último año disponible, OMS/OPS

Tasa* de mortalidad por suicidio según sexo por países seleccionados, último año disponible				
Países seleccionados	Año	Total	Hombres	Mujeres
América				
Argentina	2007	7.6	12.2	3.0
Brasil	2007	5.6	8.8	2.5
Canadá	2004	11.3	17.3	5.4
Chile	2007	11.1	18.2	4.2
Colombia	2007	7.0	11.5	2.5
Costa Rica	2007	5.7	9.4	1.8
Ecuador	2007	9.2	13.1	5.2
EUA	2007	11.2	17.9	4.7
Guatemala	2007	2.7	4.3	1.1
México	2007	4.1	6.8	1.4
Perú	2007	2.6	3.5	1.7
República dominicana	2004	3.0	4.9	1.1
Uruguay	2004	15.8	25.9	6.4
Venezuela	2007	3.4	5.4	1.3
Europa				
Alemania	2006	9.8	15.5	4.7
España	2008	6.5	10.4	2.8
Francia	2008	14.9	23.3	7.6
Italia	2007	5.2	8.4	2.3
Reino Unido	2009	6.6	10.5	2.8

*Tasa por 100 mil habitantes.
 Fuente: PAHO. Base de datos de indicadores básicos. www.paho.org (Consulta: 07 de julio de 2011).
 WHO. *European mortality database*. data.euro.who.int/hfamdb/ (Consulta: 18 de julio de 2011).

Tasa de moratalidad por suicidio en pasíses seleccionados OMS/OPS, 2007



*Tasa por 100 mil habitantes.

Fuente: PAHO. Base de datos de indicadores básicos. www.paho.org (Consulta: 07 de julio de 2011). WHO. *European mortality database*. data.euro.who.int/hfamdb/ (Consulta: 18 de julio de 2011).

De acuerdo al reporte de suicidio generado por la OMS y la OPS según el último año disponible, se observó que 2004 Uruguay presentó una alta tasa de mortalidad por suicidio 15.8 por cada 100 mil habitantes en relación a Canadá (11.3) y Republica Dominicana (3.0).

Para 2007 EUA, Chile, Ecuador y Argentina presentaron las mayores tasas por suicidio 11.2, 11.1, 9.2 y 7.6 respectivamente. México se situó el noveno lugar con una tasa de 4.1.

VIII. Conclusiones y retos a seguir

- En México es necesario el conocimiento de la Salud Mental. Hoy en día no existe mucha información sobre el tema, además, el acceso a dicha información es limitada, quizás por parecer una cuestión poco trascendente en la población mexicana; sin embargo, a pesar de no ser un sector mayoritario y productivo, se sabe que los grupos en riesgo de padecer alguna enfermedad mental son cada día más vulnerables y requieren más y mejor apoyo de las instituciones.
- Existen grandes diferencias en cuanto a la población con algún trastorno mental y el resto de la población, respecto a la atención hospitalaria, condiciones de salud, discriminación, etc. Por lo que uno de los principales desafíos tendría que ser mostrar a la sociedad otra faceta de lo que constituyen los trastornos mentales: el campo de estudio de los profesionistas, el papel que juegan los familiares, amigos y personal de salud, la relevancia en el cuidado de los pacientes, y en general la calidad y el modo de vida de los pacientes.
- En el amplio ámbito de la Salud Pública, el tema de la Salud Mental debería constituir uno de los mayores retos y desafíos para el país, ya que las cifras de algunos padecimientos se observan en aumento y es preciso enfocarse en el sector vulnerable y atender sus necesidades. La cobertura en salud para la atención de los pacientes con trastornos mentales es insuficiente, por lo que es de suma importancia establecer un modelo de atención adaptado a las características específicas de estos grupos.
- Desde hace mucho tiempo, la Enfermedad mental solía ser estigmatizada por el grueso de la sociedad, a la fecha esto no ha cambiado completamente y la gran mayoría de la gente posee una mala imagen de lo que define el espacio de la enfermedad mental. No se logra todavía esta evolución en la concepción de las personas sobre los enfermos psiquiátricos y tampoco existe basta información para que la población llegue a conocer ciertos padecimientos.
- Es en este sentido la importancia de crear y difundir programas sobre Salud Mental, que incluyan de manera clara y concisa información sobre los Trastornos mentales, ¿Qué son? ¿Cuáles son?, ¿Qué hacer en caso de padecer alguno? ¿A dónde acudir? etc. Todo esto que sea a través de un modelo educativo integral que permita estar al alcance de toda la población mexicana.

- La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001 refiere que la prevalencia de los Trastornos mentales en nuestro país es de 28.6%, y puntualiza que seis de cada 20 mexicanos presentan trastornos mentales una vez en la vida, tres de cada 20 han presentado trastornos mentales en los últimos 12 meses y uno de cada 20 ha presentado trastornos mentales en los últimos 30 días (Medina-Mora, 2003).
- Los principales Trastornos mentales en la población total fueron las fobias específicas (7.1%), seguidas de los trastornos de conducta, la dependencia del alcohol, la fobia social y el episodio depresivo.
- La morbilidad hospitalaria muestra un comportamiento en aumento en los últimos 6 años, esto es coincidente con los datos de la OMS sobre el aumento de la carga de enfermedad de los trastornos mentales a nivel mundial. Cabe destacar que para 2010 las principales causas de morbilidad hospitalaria fueron la epilepsia, esquizofrenia y depresión mayor, lo cual es signo de alarma ya que éstos 3 trastornos generan un alto grado de discapacidad.
- En cuanto a la mortalidad, las causas difieren respecto a su desenlace: existe una mayor tasa de suicidio en hombres en el grupo de edad de 20 a 39 años; sin embargo para la causa de demencia el sexo femenino en el grupo de 60 años y más, es el que reporta más defunciones (del año 2000 al año 2010).
- A pesar del incremento que han tenido los trastornos mentales en los últimos años en nuestro país, México a diferencia de otros países como Estados Unidos o algunos de la Unión Europea, presenta una menor prevalencia por estas causas. Sin embargo la marcada tendencia a la alza en cuanto a la morbilidad y la mortalidad de las Enfermedades mentales es motivo de atención por parte de las instituciones de salud a nivel nacional.

La problemática de la Salud Mental tiene un carácter prioritario para la Salud Pública mexicana. Es fundamental reconocer que la alta prevalencia de los trastornos mentales y sus serias consecuencias en la vida individual, familiar, social y económica, limitan seriamente la aspiración del Estado de brindar la igualdad de oportunidades del ser humano, como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Ante ello, es necesario garantizar el acceso a los servicios sociales básicos para que todos los mexicanos tengan una vida digna, entre otros a los servicios de Salud Mental como un elemento esencial de la salud en general y un factor clave del desarrollo humano.

Debido al dinámico comportamiento de las enfermedades mentales es indispensable realizar las siguientes tareas para reducir la carga de enfermedad:

- Establecer planes y programas educativos en Salud Mental para acabar con la estigmatización y discriminación que la sociedad ejerce sobre las personas que padecen un trastorno mental, todo esto debido a la falta de información en dicha área.
- Reestructurar los actuales hospitales psiquiátricos en centros estatales, regionales o nacionales de referencia de casos de difícil tratamiento, enseñanza, asesoría e investigación. Además, se requiere que en los servicios de salud generales sean incorporados servicios o módulos de salud mental que faciliten una atención oportuna tanto de las enfermedades físicas como mentales.
- Mejorar la calidad de la atención a enfermos mentales tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario.
- Es necesario prever un crecimiento gradual en el número de personal especializado, profesional y técnico, en congruencia con el crecimiento de nuevas plazas de los servicios de salud mental y con las prioridades de necesidades de salud mental de la población.

Anorexia

Trastorno de la conducta alimentaria que supone la pérdida de peso provocada por el mismo(a) enfermo(a), reduciendo la ingesta de alimentos. Esta enfermedad se caracteriza por el temor al aumento de peso, por una percepción delirante de la propia persona que hace que se vea gorda aun cuando su peso se encuentre por debajo del recomendado (SSA, s/f).

Bulimia

Las personas con bulimia son incapaces de dominar sus impulsos alimenticios, comen demasiado sin disfrutarlo, haciéndolas sentir con un alto grado de culpabilidad, lo que las lleva a ayunar, a provocarse vómito, a hacer demasiado ejercicio, consumir laxantes, dejar de comer por varios días, para prevenir el aumento de peso (Ídem).

Demencias

Son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por una alteración global de las funciones mentales, cuyo origen está en causas diversas. Las demencias se están convirtiendo en el tercer problema de salud en países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Depresión

Se clasifica dentro de los trastornos de afecto y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece.

Enfermedad de Parkinson

En el grupo de las enfermedades neurodegenerativas se encuentran aquellas enfermedades o síndromes que involucran la postura y los movimientos, como la Enfermedad de Parkinson y los Síndromes Parkinsónicos. La Enfermedad de Parkinson se incluye dentro del rubro de enfermedades hereditarias, donde existe una alteración en el cromosoma 4, que afecta núcleos específicos dentro del Sistema Nervioso Central (SNC).

Epilepsia

El término se utilizó en la antigüedad para referirse a una persona que perdía súbitamente el conocimiento o tenía una crisis convulsiva; actualmente un mejor conocimiento del padecimiento permite distinguir entre una crisis epileptiforme de una crisis epiléptica, ya que la primera puede ser simplemente un síntoma reactivo a una condición cerebral aguda como fiebre y trauma, mientras que la segunda es una crisis recurrente no provocada.

Esquizofrenia

Enfermedad mental crónica cuyas manifestaciones clínicas se relacionan con ciertas funciones del cerebro. Se caracteriza por alteraciones o distorsiones en el pensamiento, en la percepción, el afecto y la conducta. Los pensamientos parecieran estar mezclados o cambiantes de un tema a otro y la percepción podría estar más allá de la realidad; se caracteriza por alucinaciones, sobre todo auditivas, ideas delirantes, abandono de las actividades habituales, discurso desorganizado, descuido en el arreglo personal, ensimismamiento y conductas extravagantes (UNAM, 2004).

Retraso mental

Es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general en terrenos como las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales, asociado frecuentemente a otros trastornos físicos o psíquicos.

Suicidio

Es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal, y constituye hoy en día un problema muy importante de Salud Pública.

Trastorno bipolar

Es también conocida como enfermedad maniaco-depresiva, en la que pueden alternarse episodios de depresión profunda con períodos normales y períodos de hiperactividad o manía.

- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Estimaciones de Población 1990-2012, COLMEX* [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. www.sinais.salud.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censos y conteos poblacionales 1910-2005* [en línea]: <http://www.inegi.org>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Proyecciones de la Población de México, 2000-2050*. [en línea]: www.conapo.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas Históricas de México*. [en línea]: <http://www.inegi.org>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Estimaciones con base en el IX, XI y XII Censo de Población y Vivienda, 1970, 1990 y 2000*. [en línea]: www.conapo.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censos y conteos poblacionales 1910-2005* [en línea]: <http://www.inegi.org>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuestas en Hogares. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. 2010* [en línea]: www.inegi.org
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Tabulados básicos*. [en línea]: <http://www.inegi.org>
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de unidades médicas del sector público*. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. www.sinais.salud.gob.mx
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de unidades médicas del sector público*. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. www.sinais.salud.gob.mx
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de egresos hospitalarios de Instituciones del Sistema Nacional de Salud 2004-2010* [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>

- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de recursos de la SSA 2001-2010*(en línea): *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos unidades médicas del Sistema Nacional de Salud* (en línea): *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de egresos hospitalarios en la Secretaría de Salud, 2000-2009*. (en línea): *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de egresos hospitalarios en la Secretaría de Salud, 2000-2009*. (en línea): *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base del sistema de información en salud de la Secretaría de Salud, 2009*. (en línea): *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. (México): Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Compendio histórico. *Estadísticas Vitales 1893-1993, SSA/ DGIS/SINAIS*
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones 1979-2010*. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaria de Salud. www.sinais.salud.gob.mx
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003 [en línea]: [http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuesta epidemiologia.pdf](http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuesta_epidemiologia.pdf)

Esta edición terminó de imprimirse en el mes de julio de 2012 en IEPSA, Impresora y encuadernadora Progreso, S.A. de C.V; San Lorenzo #244, Col, Paraje San Juan, Delegación Iztapalapa, C.P. 09830, México, D.F.

El tiraje consta de 500 ejemplares.

