

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo, Azua  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL QUE SE PRESENTAN EN LA CONSULTA DE  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL TAIWAN 19  
DE MARZO, AZUA, EN EL PERIODO 2017-2018



Tesis de pos grado para optar por el título de Magister en:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentante:

Dra. Eilyn Margarita Sánchez Díaz

Asesor:

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2019

## **CONTENIDO**

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	4
II. Planteamiento del Problema	6
III. Objetivos	8
III.1. General	8
III.2. Específicos	8
IV. Marco Teórico	9
IV.1. Definición	9
IV.2. Relación entre enfermedad mental y enfermedad física	9
IV.3. Calidad de vida y Autodeterminación en salud mental.	9
IV.4. El Sistema Psiquiátrico tradicional y los planteamientos para reformarlo	12
IV.5. La salud mental: causas y efectos.	14
IV.5.1. La vulnerabilidad como causa de trastornos mentales	14
IV.7. La Salud Mental desde una nueva perspectiva	23
IV.8. Los impactos: médico, económico y social.	25
IV.8.1 Impactos médicos	25
IV.8.2. Efectos sociales de los problemas de la salud mental.	30
IV.10. Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental	34
IV.11. Algunos indicadores relacionados con la salud mental.	36
V. Operacionalización de las Variables	33
VI Material y Métodos.	39
VI.1. Tipo de estudio.	39
VI.2. Área de estudio.	39
VI.3. Universo.	39
VI.4. Muestra.	39

VI.5. Criterios.	40
VI.5.1. De inclusión.	40
VI.5.2. De exclusión.	40
VII.6. Instrumento de recolección de los datos.	40
VI.7. Procedimiento.	40
VI.8. Tabulación de la información.	40
VI.9. Aspecto ético.	41
VII. Resultados	42
VIII. Discusión	49
IX. Conclusiones.	50
X. Recomendaciones	51
XI. Referencias	52
XII. Anexos	58
XII.1. Cronograma	58
XII.2. Instrumento de recolección de datos	59
XII.3. Costos y recursos	60
XII.4. Evaluación	61

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios

Por ser esa fuerza intangible que siempre me ha acompañado hasta en mis peores momentos, no te he visto pero mi corazón te siente; ayudándome, fortaleciéndome y guiándome en cada paso de mí existir.

A mis Padres

Sin ustedes no fuera hoy lo que soy. A ti Catalina Díaz, gracia por ser mi soporte, mi tabla de salvación en las turbulentas aguas de la vida .no hay palabras para describir tu amor, tu abnegación y sacrificio. Te debo todo madre.

A mis Hermanos;

Gracias, ya que de alguna manera; un consejo, una palabra de aliento o bien sea monetaria, siempre han estado ahí apoyándome en mis triunfos y fracasos .Los quiero a todos.

A mis Hijas:

Lia y Aimee Osirennny, mis niñas, se que les quite mucho del tiempo que les pertenecía por brindarles un mejor futuro, se también que han sido fuertes y mis mejores compañeras de vida.

A Osiris Figuereo

Osiris fuiste el mejor compañero, me apoyaste en todo, cuidaste las niñas mejor que yo en esas largas horas de servicios y cansancio pos-guardia, sufriste mis ausencias y lo entendiste .Dios quiso que no saborees mi éxito. Te amo y te amare, siempre te recordare y vivirás en mi corazón.

sustentante

La

## **DEDICATORIAS**

A la escuela de residencia de Medicina Familiar Hospital Taiwan

Gracias por acogerme como una colega más y entregarme a la sociedad con los aprendizajes y experiencia para servir como médico familiar a la sociedad.

Gracias; Dra. María Acosta, Dra. Katy de León y a todos los maestros que se esmeraron porque fuéramos los mejores Dra. Lizardo, Dr. Bayohan Martínez, Dr. Roa, Dr. Juan Reyes, Dr. Catano, Dra. Sandra Reyes, Dra. Díaz Cedano, Dra Rosso, Dr. Luis Matos), en especial al Dr. Samuel Mejia, ido a destiempo quien fue un mentor, guía y maestro para cada uno de los residentes En fin a todos los especialistas, médicos generales, bioanalistas, enfermeras, conserjes, todos aportaron un granito de arena de una forma u otra en mi formación como especialista

A mis Compañeros de residencia; Eribelis, Mercedes, Emiliana, Agrispino, Héctor, Yesy, Canario, Yenny, Encarnación

Cuantas malas noches, lagrimas, estrés, coraje, frustraciones, pero mirando atrás, podemos decir valió la pena todo ese esfuerzo y sacrificio para culminar nuestra meta. Gracias especiales a mi amiga, compañera y hermana Dra. Cornelia poche, siempre juntas, Dios nos permita disfrutar por mucho tiempo este peldaño alcanzado y nos ayude a seguir aprendiendo cada día mas, para servir con conciencia y sabiduría a nuestros pacientes.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña

Por confiar en nosotros para darnos el aval como especialistas, en especial a nuestra asesora de tesis Dra. Claridania Rodríguez agradecimiento especial al Dr. Coronado especialista en psiquiatría del hospital Taiwán por sus valiosos aportes como maestro y asesor de tesis también.

Dra. Eilyn Margarita Sánchez Díaz

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo y retroprospectivo, con el objetivo de determinar los trastornos de salud mental que se presentan en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwán 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017-2018. En el estudio se concluyo lo siguiente: El 39.3 por ciento con Trastornos de salud mental según su edad fue mayor de 50. El 66.2 por ciento con trastornos de

salud mental según su sexo fue femenino. El 49.8 por ciento con trastornos de salud mental según el estado civil fue de unión libre. El 64.2 por ciento con trastorno de salud mental según nivel de escolaridad fue a la primaria. El 58.2 por ciento con trastorno de salud mental según tipos de enfermedad mental fue otros. El 92.5 por ciento con trauma de salud mental según su diagnóstico fue con evaluación psicológica.

**Palabra clave:** trastorno mental, depresión, salud mental

## **ABSTRACT**

A descriptive and retrospective study was carried out, in order to determine the mental health disorders that appear in the family and community medicine consultation in the Taiwan Regional Hospital 19 de Marzo, Azua, in the period 2017-2018. In the study, the following was concluded: 39.3 percent with Mental Health Disorders according to their age was over 50. 66.2 percent with mental health disorders according to their sex was female. 49.8 percent with mental health disorders according to marital status were free unions. 64.2 percent with mental health disorder according to level of schooling went to primary school. The 58.2 percent with mental health disorder according to types of mental illness were others. The 92.5 percent with mental health trauma according to their diagnosis was with psychological evaluation.

**Keyword:** mental disorder, depression, mental health

## I. INTRODUCCIÓN

Trastorno Mental Común (TMC) se caracteriza por síntomas depresivos, estados de ansiedad, irritabilidad, fatiga, insomnio, dificultades de memoria y concentración y quejas somáticas. Se manifiesta como una mezcla de síntomas somáticos, ansiedad y depresión. El diagnóstico precoz y correcto de este trastorno es esencial para evitar daños físicos y carga psicológica para el individuo y para el sistema de salud. En este sentido, se insiste en que las acciones de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) puede promover la detección, derivación y tratamiento de TMC, al considerar sus características de accesibilidad y cobertura. Por lo tanto, es importante la articulación de la salud mental con la Estrategia de Salud de la Familia (ESF).<sup>1</sup>

Desde esta perspectiva, hay que destacar que muchos factores pueden influir en la salud mental de las mujeres rurales. La interacción entre las cuestiones ambientales, sociales, culturales, económicas e individuales destaca la singularidad de esta población. Grupos específicos como las mujeres, reciben el enfoque prioritario en las políticas públicas, especialmente en cuestiones relacionadas con la salud reproductiva.<sup>1</sup>

Sin embargo, se observa todavía una brecha en temas relacionados con la salud mental, específicamente la atención a las mujeres rurales. Se cree que los factores sociales de salud, económicas, de comportamiento y reproductivos influyen en la salud mental de las mujeres rurales y por lo tanto pueden traer diferentes consecuencias para la calidad de vida. <sup>2</sup>

La salud mental de las mujeres rurales en edad reproductiva es esencial tanto para su calidad de vida y para el bienestar de sus hijos y la familia. Ante esta realidad, se necesitan encuestas nacionales para identificar el TMC en las mujeres que viven en el campo y su asociación con diversos factores. Se encontró a través de la revisión de la literatura un espacio relacionado con los estudios nacionales sobre este tema. Otros estudios pueden proporcionar subvenciones para las actuaciones del personal de salud activas en las zonas rurales y las acciones de enfermería en la prevención, la identificación, derivación y seguimiento de las mujeres que tienen síntomas de la enfermedad mental.<sup>3</sup>

## I.1. Antecedentes

Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Realizaron un estudio con el objetivo de identificar la prevalencia de trastornos mentales comunes y analizar la influencia de las variables socio-demográficas, económicas, de comportamiento y de salud reproductiva en el trastorno mental común en las mujeres en edad fértil, que viven en el municipio rural de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Método: Estudio observacional y transversal. Se usaron instrumentos sociodemográficos, económicos, de comportamiento y salud reproductiva, y el Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para identificar los trastornos mentales comunes. En el análisis multifactorial de los datos, se utilizó la regresión logística múltiple. Resultados: El estudio incluyó a 280 mujeres. La prevalencia de los trastornos mentales comunes fue de 35,7%. En el análisis de regresión logística, las variables convivencia con su pareja y la escolarización se asociaron con trastorno mental común, incluso después de ajustar por otras variables. Conclusión: Los resultados muestran la relación entre los factores sociales y de comportamiento con el trastorno mental común entre las mujeres rurales. La identificación y la atención individual en la atención primaria de salud son esenciales para la calidad de vida de las mujeres.<sup>4</sup>

Salas Cachay Luz Yolanda realizaron una investigación tuvo como finalidad determinar los tipos de trastornos de personalidad que prevalece en los pacientes de consulta externa de salud mental del hospital de IV nivel de EsSalud de Lima 2018. La muestra estuvo conformada por 45 pacientes de consulta externa de salud mental del hospital de IV nivel de EsSalud de ambos sexos. El enfoque para este trabajo fue el cuantitativo de alcance descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal y se empleó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI versión Mini-Mult Revisión-2008. Los resultados arrojados muestran un nivel mayor en la dimensión Hipocondría, en donde el 47% (21) de los pacientes presentan un nivel muy alto de Hipocondría, así como el 27% (12) presentan un indicador alto, asimismo en los niveles moderado y medio se obtuvo un porcentaje de 13% (6), en el nivel bajo 0%. Indicando malestares físicos y emocionales, del mismo modo mostrándose inmaduros para afrontar los problemas. En la dimensión de Depresión, el grupo



mayoritario fue de 45% (20) en de pacientes presentan un nivel moderado; en la dimensión de Histeria, el grupo mayoritario fue de 47% (21) de pacientes presentan un nivel alto; en la dimensión de Desviación psicopática, el grupo mayoritario fue de 40% (18) de pacientes presentan un nivel moderado; en la dimensión de Paranoia, el grupo mayoritario fue de 42% (19) de pacientes presentan un nivel alto; en la dimensión de Psicastenia, el grupo mayoritario fue de 42% (19) de pacientes presentan un nivel moderado; en la dimensión de Esquizofrenia, el grupo mayoritario fue de 36% (16) de pacientes presentan un nivel moderado; en la dimensión de Manía, el grupo mayoritario fue de 51% (23) de pacientes presentan un nivel moderado.<sup>5</sup>

Berríos (2018) nos dice que, en el Perú, dos de cada diez personas sufren de un problema mental al año. Asimismo, el 30% de la población ha sufrido un trastorno en una etapa de su vida. Además, nos indica que el 80% de estos individuos no llega a recibir atención. Este porcentaje ha bajado en los últimos años, pero la distancia se mantiene. En el Perú ha sido una creciente alza de falta atención, incluso se llegó a los 90% de personas no atendidas. En el año 2009 solo se atendía a 500 mil personas. De los seis millones de individuos que necesitan una asistencia de salud mental, el Ministerio de salud calcula que correspondería atender 4 millones, así como EsSalud, dos millones.<sup>6</sup>

Gálvez (2015) investigó el tema sobre el riesgo de presentar algunos trastornos de personalidad en alumnos del 1er año de la carrera de psicología clínica, con el objetivo de establecer si en los estudiantes de 1er año de Psicología Clínica, existía riesgo a un trastorno de personalidad. Con una investigación de tipo descriptivo transversal, no experimental. El trabajo contó con una muestra de treinta alumnos, 9 de ellos hombres y 21 mujeres, a quienes se aplicó el Inventario de Adjetivos para la evaluación de los Trastornos de Personalidad (IA-TP), desarrollado por Tous, Pont y Muiños en el 2005. Se encontró que en las mujeres hay mayores rasgos de inestabilidad emocional, descontrol y ambivalencia de intereses y deseos, por otro lado, en los hombres, hay mayor tendencia al retraimiento social, la timidez y cierto tipo de conducta ególatra; así pues, este dato no significa que precisamente deba aparecer en la vida de los alumnos.<sup>7</sup>

Ferrer, *et al.*, (2015) en su trabajo sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad en alumnos universitarios de Medellín, Colombia, la investigación fue de tipo descriptivo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 1907 alumnos universitarios de 6 universidades. Cuyo rango de edad fue de 16 a 63 años. Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Se encontró que el uno de los factores con mayor incidencia fue el trastorno de la personalidad límite, por ello es un indicador que nos muestra las dificultades para generar relaciones con carácter emocional y social en los estudiantes, asimismo se ha encontrado una autoestima baja en los alumnos lo cual le genera sentirse menos y una sociedad que favorece la violencia en diferentes escenarios de la vida social. <sup>8</sup>

Mota (2015) en su investigación sobre el perfil de personalidad en un grupo de personas que llevan un tratamiento psicológico a consecuencia de un trastorno por el consumo de sustancias. Un estudio longitudinal. El método de investigación fue correlacionar, de diseño longitudinal, con una población de 60 personas, 50 hombres y 10 mujeres, bajo criterios no aleatorios, sino de conveniencia. Se encontró que en los rasgos antisociales y egocéntricos no está relacionada con el riesgo de abandonar el tratamiento, asimismo los niveles de ansiedad y depresión se modifican a lo largo del tratamiento al compararse las medidas iniciales con las finales.<sup>9</sup>

## I.2. Justificación

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

La salud física y la salud mental en su medio social estresante no son tan óptimas, los pacientes de los consultorios de salud mental del Hospital se beneficiaran ya que se implementaran programas psicoterapéuticos de psicoterapias individuales, grupales y familiares a fin de recuperar su salud mental y su reinserción a sus centros laborales con mejor afronte, mejorar sus estilos y calidad de vida, su dinámica familiar y social y la valoración personal con la toma de conciencia el darse cuenta, el aquí y el ahora.

Asimismo, dará a conocer datos sobre los tipos de trastorno personalidad más frecuentes que se presentan en los pacientes que concurren a consulta externa de salud mental de hospital regional Taiwán 19 de Marzo, esta información es de gran importancia para elaborar programas preventivos, establecer adecuadas normas de conductas de aceptación y conocimientos previos para la convivencia adecuado con los pacientes que presenten un determinado rasgo de personalidad.<sup>11</sup>

En el marco teórico, la presente investigación podrá brindar una información de los diferentes tipos de trastornos de personalidad, ofrecer además información valiosa para futuras investigaciones y como los trastornos de personalidad pueden generar conductas específicas en un determinado contexto.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de personalidad, son esquemas constantes y rígidos de lo vivido en lo interno y de conducta, emociones e ideas que es muy distinto de las esperanzas de la cultura del sujeto, empieza a temprana edad (adolescencia) o iniciación de la edad adulta, es constante en el trascurso del período y genera incomodidad o detrimentos para el sujeto. En la actualidad, se estima que los trastornos de personalidad cuestan anualmente a la economía peruana decenas de millones de dólares para el tratamiento y subsistencia de esas personas, asimismo se indica un aumento en la población, convirtiéndose en un problema grave.<sup>10</sup>

Las causas de la salud mental deteriorada o resquebrajada pueden ser por problemas biológicas o genéticas, deterioro orgánico, disfunción familiar, abuso de drogas, ludopatías, frustraciones múltiples como son los divorcios, duelos, violaciones, violencia a la mujer, agresiones de pareja, problemas laborales y/o falta de trabajo, desocupación, dependencia familiar (hijos mayores de edad con discapacidad mental).<sup>11</sup>

Los tipos de trastorno de personalidad determinados por los problemas de salud mental, colectiva y de proceder en la interacción de tal modo que incrementan las consecuencias por encima del comportamiento y el bienestar. El consumo excesivo de sustancias, así como la violencia y los injusticias de personas del sexo femenino y pequeños por un lado, y las dificultades de salud como por ejemplo, las enfermedades cardiacas, la melancolía, tristeza y angustia, poseen mayor predominio y se complica para afrontar en el momento que atraviesan momentos prolongados de desempleo, economía decadente, acceso a la educación restringida, niveles de estrés elevados motivados por la carga laboral, marginación por tener una elección o ser de un sexo en específico, condiciones deplorables para vivir y quebrantamientos de los derechos que cada persona posee.<sup>12</sup>

Otros componentes que se le asocian a los trastornos mentales es el estrés, la ansiedad, una carga genética, la nutrición que poseen, las enfermedades perinatales y exponerse a peligros ambientales.<sup>13</sup>

Asimismo, la OMS menciona que las enfermedades mentales suelen afectar funciones cognitivas superiores, una de las enfermedades mentales es la demencia,

la cual se transforma en una de las causas de mayor aumento que generan en los adultos mayores, múltiples discapacidades y dependencias en todo el mundo.

A nivel local vemos los problemas socioculturales y económicas como: el estrés, la ansiedad y la depresión son perjudiciales si se mantiene a largo tiempo, que día a día afectan el bienestar personal, familiar y social, se hace muy necesario e importante tomar conciencia de los estados mentales de la población a fin de determinar los grados y tipos de enfermedades mentales que se incrementan y planificar programas preventivos promocionales, la toma de conciencia de los pacientes vulnerables así como también de las personas que están en el entorno del paciente y se establezcan profesiones con mayor predisposición en hospitales para un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que ayuden a mejorar los estilos de vida y la salud mental.<sup>14</sup>

Por lo antes planteado nos hacemos las siguiente interrogante: ¿Cuáles son los Trastornos de salud mental que se presentan en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Regional Taiwán 19 De Marzo, Azua, en el período 2017-2018?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar los trastornos de salud mental que se presentan en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Regional Taiwán 19 De Marzo, Azua, en el período 2017-2018.

#### III.2. Específicos

1. Determinar la edad de los pacientes que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria.
2. Identificar el sexo de los pacientes que asistente a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria.
3. Conocer el estado civil de los pacientes que asistente a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria.
4. Identificar el nivel de escolaridad de los pacientes que asistente a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria.
5. Identifica los ttipo de enfermedades mentales en los pacientes.
6. Identificar el diagnóstico de los pacientes que asistente a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **IV.1. Definición**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.<sup>15</sup>

### **IV.2. Relación entre enfermedad mental y enfermedad física**

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.<sup>16</sup>

Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo.

### **IV.3. Calidad de vida y Autodeterminación en salud mental.**

Calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que en los últimos años según Escandón Carrillo, han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre sí. Esto con el fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares.<sup>17</sup>

- a) Concepto de calidad de vida. El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término "calidad de vida" apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y la Psicología (Moreno y Ximénez, 1996).<sup>18</sup>

El concepto de calidad de vida -según TEVA Inmaculada- es “difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos.”<sup>19</sup>

Sin embargo continua TEVA inmaculada-, es importante atender el aspecto subjetivo, esto es, las percepciones de las personas acerca de esos componentes objetivos. Aunque no existe un consenso acerca de una definición de calidad de vida, los expertos afirman que es un concepto que implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo. Diferentes autores han elaborado definiciones de calidad de vida en términos de la satisfacción personal en distintos ámbitos, que oscilan entre los aspectos materiales y financieros hasta los políticos y otros referidos al bienestar, que afirma que es “un cuerpo de trabajo relacionado sobre el bienestar psicológico, funcionamiento social y emocional, estado de salud, desempeño funcional, satisfacción con la vida, apoyo social y un patrón de vida, mediante el cual son utilizados los indicadores normativos, objetivos y subjetivos del funcionamiento físico, social y emocional”.

Ardila (2003) propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.<sup>20</sup>

Un aspecto relevante es la evaluación de los factores psicológicos, que se han convertido en una característica clave de las medidas de calidad de vida; entre estos



componentes, la salud es uno de los principales ya que influye de forma directa e indirecta en aquélla; de forma directa, puesto que las actividades cotidianas que realiza el ser humano dependen del estado de salud, y de forma indirecta, debido a que afecta a otros aspectos presentes en la calidad de vida de las personas, como son las relaciones sociales, el ocio y la autonomía.

b) Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales.

Los efectos secundarios de naturaleza psicológica de los padecimientos crónicos suelen aparecer a lo largo del tratamiento. Por tanto, es crucial tratar la cuestión referida a la calidad de vida relacionada con la salud, toda vez que los tratamientos farmacológicos pueden afectarlos, así como la propia situación de vivir con una enfermedad crónica.

El estudio de la calidad de vida se está centrando en las enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide.<sup>21</sup> En esta misma línea, existe interés por el estudio de la calidad de vida de aquellos pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables que han ingresado en las unidades de cuidados paliativos.

Con respecto a la CVRS es un concepto multidimensional que debe incluir -de acuerdo con Teva, Inmaculada- los siguientes aspectos:

1. el funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles.
2. los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento.
3. los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional -por ejemplo, la ansiedad y la depresión- hasta el funcionamiento cognoscitivo.
4. los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.

Así es importante distinguir entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Si se comparan, se observa que ésta última es más descriptiva, se centra en aspectos del estado de salud, y relaciona directamente la calidad de vida con el concepto de enfermedad.<sup>22</sup>

c) El concepto de autodeterminación, se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía de bienestar y calidad de vida. En los

últimos años se ha empleado como una dimensión importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial. Así, la atención en salud mental se centró más en los usuarios y familiares, y menos en los profesionales.<sup>23</sup>

Los modelos de calidad de vida que más importancia han dado al concepto de autodeterminación consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tenerse en cuenta al diseñar las distintas intervenciones o los programas de rehabilitación.<sup>24</sup>

A partir de esta concepción, la cual ha sido caracterizada como la “reforma psiquiátrica” se comenzó a ver, desde la perspectiva del paciente, la necesidad de mejorar su calidad de vida mediante una mayor participación suya en los servicios de salud mental, así como en las decisiones y la planificación del tratamiento. Evaluar la satisfacción del paciente con la atención prestada por los dispositivos socioasistenciales permitió ver la necesidad de mejorar su autonomía. Para conseguir este objetivo, se tuvieron en cuenta sus opiniones, deseos y necesidades, y se promovió además su integración a la comunidad. Así la percepción del paciente acerca de su calidad de vida y de su propia realidad es una variable que ya forma parte de muchos programas de rehabilitación psicosocial diseñados en los últimos años.

#### IV.4. El Sistema Psiquiátrico tradicional y los planteamientos para reformarlo

La concepción de la locura manejada por la psiquiatría biológica que consiste en la atribución de un origen biológico hereditario, la desvincula del contexto social; encubre su verdadero carácter y le utiliza como medio de contención social. Quienes salen de la norma y dejan de ser productivos en términos económicos, corren el grave peligro de ser considerados locos.<sup>25</sup>

Las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional han incluido la reclusión de los enfermos a espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos en las personas que padecen estas enfermedades. Lo que sucede entonces como consecuencia es un internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales (comúnmente llamados manicomios o “casa de la risa”) por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación.

Para Franco Basaglia, quien asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Italia en 1961, el movimiento antipsiquiátrico denuncia los extremos a que han llegado las condiciones de manicomios e instituciones similares, y pugna por su definitiva erradicación.

El término antipsiquiatría lo desarrolló David G. Cooper en su libro “La gramática de la vida” (The Grammar of living). Se denuncia principalmente el ejercicio del poder con violencia y represión a nivel de las instituciones destinadas a resolver las necesidades de los enfermos mentales.

Basaglia planteó dentro de los proyectos de reforma psiquiátrica la revisión y análisis de la organización sanitaria a nivel psiquiátrico y como grupo de psiquiatras interesados, documentar y denunciar la psiquiatría y servicios relacionados en Francia, Portugal, Alemania, Italia y España que integraban el “Mapa de la Vergüenza”. Los cambios propuestos por esta nueva cultura de la salud se deberían reflejar en cambios prácticos.<sup>26</sup>

Los planteamientos de la antipsiquiatría permearon el pensamiento de algunos sectores que atendían la salud mental pública en Europa y Estados Unidos a principios de 1960, denunciando el ejercicio del control del poder, del uso de la fuerza y la reclusión a través de la legitimación que recibe el médico para controlar, excluir, finalmente apartar al enfermo. Cuestiona la presencia misma de una institución como el manicomio y denuncia los excesos de este ejercicio del poder, estos excesos producen la pérdida del valor social del individuo recluido. Se cuestiona quién y por qué razones se dice que un individuo esta “loco” y las condiciones para su “cura”, sometiendo a estos internos al aislamiento, la reclusión y el maltrato; en fin, se pone de manifiesto las intimas contradicciones de esta institución y todas sus estrategias.

La antipsiquiatría siempre se remitirá a la crisis de la psiquiatría tradicional, y es la contestación a un sistema asistencial inadecuado en lo relativo a la prevención, tratamiento y atención de los “trastornos mentales”.

Las instituciones psiquiátricas de México no se excluyen de esta realidad, al contrario, las reproducen.

En contraposición y como respuesta a estas realidades se proponen comunidades terapéuticas con diferentes sistemas de tratamiento y enfoques sociales, que modifican sustancialmente el abordaje de esta problemática de salud pública, pero aún así habrá que considerar que las comunidades terapéuticas no son la panacea y tienden a reproducir, aunque en menor escala, la problemática esencial del enfermo mental: su control, manejo e inserción social.<sup>27</sup>

#### IV.5. La salud mental: causas y efectos.

##### IV.5.1. La vulnerabilidad como causa de trastornos mentales

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aún cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.<sup>28</sup>

- a) Pobreza (Secretaría de Salubridad y Asistencia.). La pobreza como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercuten directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias.<sup>29</sup>

Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso.<sup>30</sup>

En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. Existe, según la OMS, evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza de la Organización Mundial de la Salud puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.<sup>31</sup>

- b) Trabajo (Personas desempleadas) tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessle). Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley et al., 1994).
- c) Educación (Bajo nivel educacional). Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.
- d) Violencia y trauma. En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.
- e) Mujeres trabajadoras (Programa de Acción de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA). Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en

un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerables la incidencia de la problemática mentales en este grupo. Un ejemplo de esta situación es la depresión en la mujer que tiende a interpretarse como un estado “natural” y poco importante, para la pareja, la familia, y para el personal de salud. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo.<sup>32</sup>

- f) Población rural. Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes mentales.
- g) Niños y niñas en situación de calle. El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle. Con su inclusión en el mercado laboral, los niños y jóvenes de hogares más desfavorecidos se encuentran en condiciones de enorme desventaja, pues trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide asistir a la escuela; esta falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida. Asimismo, se ha detectado que un gran número de estos menores es miembro de familia desintegradas y disfuncionales, lo que las convierte en expulsoras de estos niños y posibilitan que el problema se mantenga, ya que estos salen a la calle en busca de mejores condiciones de vida, muchas veces solo para encontrarse con situaciones hostiles, agresivas, opresivas, incomprensivas y en crisis

constantes. Estos niños y jóvenes viven continuamente expuestos al uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse.<sup>33</sup>

- h) Personas con discapacidad. Las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades. En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.
- i) Menores farmacodependientes. El consumo de drogas en México se ha extendido a casi todos los grupos sociales; se le considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con acciones delictivas y violentas. Su tendencia ascendente es preocupante. La relación de la fármaco-dependencia con otros fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales culturales e incluso políticas si no que, además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales. La relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas. Los resultados muestran que el vivir en la calle es el factor de riesgo más importante para usar drogas, 56% de los menores que viven en esas circunstancias en comparación con solamente 5% de los que viven en su casa han usado drogas.
- j) Madres adolescentes. La maternidad y paternidad adolescentes son fenómenos de actualidad que cuentan cada vez con mayor atención por parte de las políticas públicas en México. Son innumerables los factores involucrados en el embarazo en la adolescencia: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas,

reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras. Las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida van reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar. Enfrentan situaciones de conflicto, que le significa cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos.<sup>34</sup>

- k) Adultos en plenitud. La demanda de los servicios de salud por parte de la población mayor de 64 años represente uno de los principales retos para los mismos, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Los padecimientos que se vinculan con los adultos mayores son principalmente las enfermedades degenerativas como las demencias, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, y otras.<sup>36</sup> Alrededor de 45% de los mayores de 65 años no tienen acceso a los beneficios de la seguridad social, lo que es particularmente grave en el caso de las mujeres y las personas mayores del medio rural. Las pérdidas que paulatinamente tiene el adulto mayor, de su empleo, de sus seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades y de su salud, va generando en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento. La familia, a su vez, se ve violentada y desorganizada por esas circunstancias y la mayoría de las veces se siente incapaz de afrontarla, propiciando con ellas diversas manifestaciones de maltrato físico y emocional y en diversas ocasiones, de abandono, rechazo e indiferencia.
- l) Población indígena. Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud. Lo anterior se entiende



por la marginación social y el aislamiento. Todos estos factores contribuyen a un nivel de salud bajo y a propiciar un círculo vicioso de desventajas en las comunidades indígenas que los hace propensos a padecer enfermedades mentales. En el país están identificados al menos 63 grupos indígenas cuya esperanza de vida al nacer es de 69 años, a diferencia de 74 años en la población nacional. La tasa de mortalidad es 58% más alta entre los niños indígenas, la desnutrición crónica es el principal problema de salud y convierte a los niños indígenas en una población altamente vulnerable a padecer retrasos en el desarrollo físico y mental. Con mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo y que tengan hijos con bajo peso al nacer o prematuros. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental.

m) Población migrante. México, se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, que en busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Esta población al llegar a otro país con una cultura diferente se enfrenta a situaciones de estrés importante para lograr su adaptación a la barrera del idioma, la discriminación, la pérdida de su identidad, sentimientos de autoevaluación y de inadecuación, miedo, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, desconocimiento de las leyes, que con frecuencia los colocan en situaciones de arresto y cárcel. Estas tensiones, son desahogadas a través del consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias a las que tienen acceso, así como por caer en conductas de riesgo sexual.<sup>35</sup>

n) Enfermos mentales delincuentes reclusos. Uno de los problemas de salud mental manejado con menor éxito en el país es el de los enfermos mentales delincuentes, que se encuentran en áreas específicas de los reclusorios y en pabellones de los hospitales psiquiátricos, como es el caso del Hospital Granja "Dr. Samuel Ramírez Moreno". La Ley establece la inimputabilidad para

personas que delinquen estando mentalmente perturbadas, que enferman durante su juicio o durante el cumplimiento de una pena con reclusión. En 1988 se reformó la Ley Penal Federal y se estableció que ningún enfermo mental ha de permanecer recluido por un tiempo mayor que el correspondiente a su conducta, ya que para alguno de estos enfermos la inimputabilidad resultó ser una conducta por tiempo indefinido.

#### IV.6. Epidemiología

a) Trastornos psiquiátricos en la Población Adulta.- En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9% y 9.7%, respectivamente. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.<sup>36</sup>

b) Según González Salvador:

- El 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente depresión.
- Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención.
- El 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse. La tasa de suicidios se ha incrementado de 1.13, en 1970, a 2.55 en 1991, es decir un 125 por ciento.
- La epilepsia tiene una prevalencia de 3.7% en población de 18 a 64 años; de 1.6% en niños de población urbana y de 2.1 a 4.1% en niños de población rural. Cabe señalar que las personas que sufren de este

trastorno son estigmatizadas, sin embargo, en la actualidad el 80% de los pacientes diagnosticados pueden ser tratados exitosamente con medicamentos y poder desarrollarse en los ámbitos familiar, laboral y social.

- Los problemas de salud mental en la infancia no son identificados por lo que no se solicita atención al respecto, no obstante se calcula que un 7% de la población entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectada.
- En las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública, se atienden anualmente a un número aproximado de 140 mil niños con problemas de aprendizaje; 35 mil por deficiencia mental; 12 mil por problemas de lenguaje; ocho mil por trastornos de la audición; tres mil por impedimentos motrices y dos mil por problemas de la conducta.
- Anualmente ocurren en nuestro país diversos tipos de desastres naturales (sismos, ciclones y tormentas, entre otros), así como algunos provocados por el hombre (desplazamientos poblacionales, problemas ecológicos) que afectan la salud mental de los diversos grupos de la población que se enfrentan a ellos.
- Las enfermedades crónico-degenerativas, así como el SIDA, son fuente de ansiedad y depresión en el individuo. Significan incrementos globales, para el año 2010, de casi 16.5 millones de personas hipertensas; 4.5 millones de diabéticos, cerca de 700 mil casos de infartos del miocardio y más de 13 millones de obesos. 42 Este panorama general resalta algunos datos que se magnifican si se consideran las transformaciones demográfico-epidemiológicas del país; para los próximos 12 años se espera un aumento global del 29% de individuos afectados por alguno de los trastornos mencionados.<sup>37</sup>

c) De acuerdo con la Secretaria de Salud:

Esta problemática se resume, con los siguientes datos: 8 por ciento de las enfermedades mentales corresponden al área neuropsiquiátrica, cuatro millones de personas padecen depresión, seis millones más tienen problemas relacionados con

el consumo de alcohol, 10 por ciento de los adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales, mientras que 15 por ciento de la población entre 3 y 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental o de conducta. Más de tres millones de personas son dependientes del alcohol, 13 millones son fumadores y 400 mil personas se reportan adictas a las drogas; 500 mil presentan esquizofrenia, un millón epilepsia y 5 de cada mil niños sufren retardo mental, con lo que de acuerdo con la Secretaría de Salud-, se conforma un panorama que exige acciones firmes, permanentes y coordinadas en todo el país.<sup>38</sup>

d) Según Medina Mora:

De acuerdo con algunos estudios, el índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y 2.5 mujeres por hombre, distimia 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1) y un porcentaje menor de episodios de manía alcanzando 1.3% con una diferencia similar entre géneros 1.2:1. Los porcentajes de prevalencia de trastornos de ansiedad resultó un poco menor afectando al 8.3% de la población, siendo la agorafobia sin pánico (3.8%) y fobia social (2.2%) los diagnósticos más comunes. Dichas prevalencias son significativamente más bajas que las observadas en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se han reportado porcentajes de 19.5 y 25% para cualquier trastorno afectivo y de ansiedad, respectivamente.<sup>39</sup>

Se han reportado también porcentajes más bajos de alcoholismo y farmacodependencia en México, en el primero se debe básicamente al hecho de que las mujeres mexicanas beben poco. De acuerdo a la última encuesta en hogares realizada en población urbana de entre 18 y 65 años de edad, 12.5% de los hombres y 1% de las mujeres califican en el criterio del DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, VI revision) de dependencia.

El abuso y dependencia de drogas se presentan frecuentemente con otros problemas psiquiátricos, un estudio transcultural reciente, en el que participó México, demostró que en este país el 9.4% de quienes usan alcohol también tienen trastornos afectivos, este índice aumenta a 18% cuando se toman en cuenta los

casos de dependencia. Por lo que se refiere a los trastornos de ansiedad fue de 14.8 y 34.7% respectivamente. Por otra parte 15% de los usuarios de drogas sufren de algún trastorno afectivo y 10% de ansiedad, en el caso de farmacodependencia los porcentajes fueron de 35% y 31% respectivamente.

Otras encuestas han demostrado que las familias pobres tienen mayores prevalencias de depresión y trastornos de ansiedad en el último año, asimismo que éstas son más altas entre las familias uniparentales comparadas con los patrones tradicionales de madre y padre.

También se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental. Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes.

#### IV.7. La Salud Mental desde una nueva perspectiva

La OMS declaró al 2001 el Año de la Salud Mental. En ese año el Día Mundial de la Salud fue un éxito rotundo. “La salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva”. Este fue el mensaje de 130 Ministros participantes en la Asamblea Mundial de la Salud. Más de 150 países organizaron actividades que descollaron por su importancia, entre ellas, proclamaciones por parte de las más altas autoridades de los países y la adopción de leyes actualizadas y programas de salud mental.

El tema del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 fue la salud mental, y sus 10 recomendaciones fueron recibidas de forma muy positiva por todos los Estados Miembros. Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este Programa constituye un nuevo y

enérgico esfuerzo que busca implementar las 10 recomendaciones y se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito final: mejorar la salud mental de las poblaciones.<sup>40</sup>



1. Aumentar y mejorar la información destinada a los decisores y transferir tecnologías a fin de elevar la capacidad de los países.
2. Concientizar acerca de los trastornos mentales por medio de la educación y la abogacía a fin de elevar el respeto por los derechos humanos y reducir el estigma.
3. Asistir a los países en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos. La escasez de recursos obliga un uso racional.
4. Construir o fortalecer la capacidad en los países pobres para investigar en salud mental pública

a) Sobre el tratamiento a pacientes con trastornos mentales.

Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a

una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.<sup>41</sup>

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención.<sup>42</sup>

#### IV.8. Los impactos: médico, económico y social.

La salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores como es social, ambiental, biológicos y psicológicos requiere acciones de salud pública. En este sentido, los impactos que la falta de visión integral del ser humano han producido en las estrategias y políticas de acción, se pueden observar en la incidencia de trastornos mentales, y también, en el grado de conocimiento y estudio que se tiene en el entorno social y económico del país.<sup>43</sup>

##### IV.8.1 Impactos médicos

###### a) Los trastornos mentales como causas de pérdida de vida saludable

- ✓ De acuerdo con la Secretaria de Salud.

Entre las quince principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA) en México, se encuentran las enfermedades psiquiátricas neurológicas; seis de ellas están relacionadas de alguna manera con este tipo de trastornos y con las adicciones como son: homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebro vascular, cirrosis hepática, demencias consumo de alcohol y trastornos depresivos, representando cerca del 18% del total de AVISA.<sup>44</sup>

Para la Secretaría de Salud, las principales causas de pérdida de años de vida saludable en México en 1998, relacionados con los trastornos mentales eran:

Homicidios y Violencia	4.8
Accidentes de vehículos de motor (Choques)	4.0
Demencias	1.7
Consumo de alcohol	1.6
Trastornos depresivos	1.6

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

- ✓ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. Una nueva publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la que se cuestiona nuestra manera tradicional de entender la salud y la discapacidad. La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), clasifica el funcionamiento, la salud y la discapacidad de las personas a nivel mundial, ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad. En este marco, la OMS estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud. Ello representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por defunciones prematuras. Mientras que los indicadores tradicionales de la salud están basados en las tasas de mortalidad (defunción) de las poblaciones, la CIF desplaza nuestro interés hacia la <> considerando cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir éstos para que consigan llevar una vida productiva y satisfactoria. La CIF trastoca nuestro concepto de la discapacidad, presentándola no como un problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con una deficiencia visible o inmovilizado en una silla de ruedas. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y brinda un mecanismo para documentar la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del sujeto. La CIF pone todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa. Una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo debido a un resfriado o una angina de pecho, pero también a



causa de una depresión. Este enfoque neutral coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos, que es hoy la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo.<sup>46</sup>

b) De las enfermedades neuropsiquiátricas.

La mortalidad por trastornos neuropsiquiátricos ocupa el doceavo lugar en el país, sin embargo, cuando se considera también la muerte prematura y los días de vida ajustados por discapacidad (DALYS), estos trastornos representan el 5o. lugar, debido básicamente al hecho de que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir más tiempo con una calidad de vida pobre. Los DALYS perdidos por trastornos neuropsiquiátricos llegan al 10.82 por mil entre los hombres y 7.22 entre las mujeres. La carga mayor entre los hombres es resultante del alcoholismo que representa 4.53 DALYS comparada con sólo 0.28 entre las mujeres, mientras que la depresión entre las mujeres representa 1.68 comparado con los hombres 0.58.<sup>47</sup>

La carga generada por estos trastornos es mayor entre las comunidades rurales, 12.63 contra 9.45 entre los hombres y 8.16 contra 6.51 entre mujeres, diferencias que se deben también al alcoholismo que es más frecuente en la población rural con índices de 5.67 y 3.67 entre los hombres y 0.36 y 0.22 entre las mujeres. Otros trastornos tienen mayores aportaciones entre la población urbana, exceptuando la esquizofrenia que es más alta entre las mujeres rurales (0.75) que en las que viven en comunidades urbanas (0.45).

c) La carga del abuso de sustancias

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

En virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, la carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad es alta. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan.

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial desarrollaron una metodología para conocer el costo que generan las enfermedades a la sociedad, de acuerdo con sus mediciones las enfermedades neuro-psiquiátricas contribuyen con cerca del 20% del costo total.<sup>48</sup>

El Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.<sup>49</sup>

a) ¿Cuánto cuesta la enfermedad mental?

Las estimaciones de los costos no están disponibles para todos los trastornos mentales, y ciertamente no lo están para todos los países. Los estudios con metodologías más acabadas se llevaron a cabo en la Gran Bretaña y los EE.UU. Según los precios vigentes en 1990, los problemas de salud mental fueron responsables por el 2,5% del Producto Nacional Bruto (PNB) en los EE.UU. (Rice et al., 1990). En los Estados miembros de la Unión Europea el costo de los problemas de salud mental fue estimado entre el 3% y el 4% del PNB (OIT, 2000), de este porcentaje los costos de atención llegaban a un promedio del 2% del PNB.<sup>50</sup>

En los EE.UU. se ha imputado a la enfermedad mental un 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades, seguido por el abuso de alcohol, 34% (Rouse, 1995). Un informe de una universidad

canadiense (Universidad de Laval, 2002) reveló que las ausencias por causas psicológicas aumentaron en un 400% de 1993 a 1999. Una encuesta sobre morbilidad psiquiátrica en la Gran Bretaña mostró que las personas afectadas por psicosis tomaron licencia en un promedio de 42 días al año. El mismo estudio reveló que las personas con dos o más trastornos neuróticos tomaron licencia un promedio de 28 días al año comparado con 8 en los que tenían un trastorno neurótico (Patel y Knapp, 1997).

Productividad disminuida en el trabajo: incluso cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad, los problemas de salud mental pueden causar una reducción apreciable en el nivel habitual de productividad y rendimiento. La enfermedad mental afecta el acceso al mercado de trabajo y a la permanencia en el trabajo.

b) ¿Cuáles son los costos de un tratamiento efectivo?

El alarmante bajo nivel de recursos disponibles en países en desarrollo para tratar problemas de salud mental, con relación a la población afectada para quien estos recursos son necesarios, ha sido enfatizado por el proyecto Atlas de la OMS (2001). La generación de enfoques basados en la evidencia para la asignación de recursos y el desarrollo de servicios representa un componente aún no suficientemente desarrollado pero muy necesario en las políticas nacionales de salud mental en regiones en desarrollo.<sup>51</sup>

El costo-eficacia debe ser uno de los diferentes criterios a usarse en el proceso de decisión para financiar la prevención y el tratamiento de trastornos mentales. Estas evaluaciones económicas deben ser complementadas con otros argumentos. Por ejemplo:

- Las personas con trastornos mentales están en mayor riesgo de sufrir violaciones de sus derechos humanos y tienen mayores probabilidades de sufrir discriminación al tener acceso a tratamiento y atención.
- La consecución de objetivos en cuanto a la salud física tales como:
  - La mortalidad infantil y del niño puede ser reducida merced a un mejor tratamiento de la depresión postnatal.

- Las tasas de infección por VIH/SIDA en el grupo de edad de 17 a 24 años pueden reducirse, porque una mejor salud mental reduce el riesgo de sexo no protegido y el uso de drogas.
- Existe mejor cumplimiento de los tratamientos por otras condiciones (v.g., tuberculosis, VIH/SIDA, hipertensión, diabetes y cáncer).
- Los cuidadores se benefician de una reducción de la carga de atención, lo cual implica una mejor calidad de vida y menos días de trabajo perdidos y, por lo tanto, una menor pérdida de ingresos.
- Los empleadores y los trabajadores se benefician de un mejor ambiente de trabajo, menor ausentismo y mayor productividad.
- Los gobiernos se benefician porque hacen menos necesarias las transferencias de costos y de pagos.
- La salud mental es una variable crucial en el éxito de los programas destinados a reducir la pobreza y asegurar un desarrollo sostenible.

#### IV.8.2. Efectos sociales de los problemas de la salud mental.

- a) Ausentismo laboral. En muchos países desarrollados, 35% al 45% del ausentismo laboral es debido a los problemas de salud mental.<sup>68</sup> Estas cifras indican la importancia y gravedad que los trastornos mentales generan en muchos países.
- b) La depresión. Produce falta de energía para producir, una propensión mayor a las enfermedades físicas y una falta de apego a las responsabilidades familiares y personales.
- c) El alcoholismo y adicción a drogas, están presentes en la mayoría de las acciones violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general, así como contagio por VIH-SIDA).
- d) La epilepsia provoca convulsiones con relativa frecuencia, son impredecibles y es preciso medicación de por vida.
- e) El retardo mental, la esquizofrenia y los cuadros demenciales dañan la relación del sujeto con su entorno social y nos recuerdan lo precaria y relativa que puede resultar nuestra identidad y salud mental.<sup>52</sup>

f) El suicidio es otro de los problemas crecientes en nuestro país, en 1970, el índice para el grupo entre 15 y 24 años fue de 1.9 por 100,000 habitantes, en 1997 llegó al 5.9%, un incremento del 212%.<sup>53</sup>

✓ Características de la Población que intento suicidarse.

En el transcurso del año 2002, se registraron 304 intentos de suicidio en el país.

- Respecto a las causas que fue posible identificar:
  - Sobresalió por su frecuencia el disgusto familiar en tres de cada diez intentos.
  - Le siguió en orden de importancia la cusa amorosa para uno de cada diez intentos.
  - En tres de cada diez casos, no fue posible conocer la causa.
- Los intentos efectuados en casa habitación constituyeron 88.8% del total en 19 entidades federativas y el Distrito Federal.
  - Sobresalió la intoxicación por medicamentos como medio para llevar a cabo el acto con una cifra relativa de 48.4%. Mientras se efectuó un suceso al utilizar veneno tomado, ocurrieron cuatro intoxicaciones por medicamentos.<sup>54</sup>
- Intentos por sexo.
  - Los hombres que intentaron suicidarse significaron 40.1% del total de casos registrados en el transcurso del año 2002.
  - Mientras que las mujeres 59.9%.
- Intentos por edad.
  - El volumen de personas, cuya edad era menor de 34 años destacó representando 68.1% del total; entre las personas de esta edad 36.2% pertenecían al sexo masculino y 63.8% al femenino.
  - En contraparte, quienes tenían de 50 a 59 años de edad fueron identificados con la menor frecuencia.

- Intentos por nivel de escolaridad.

Entre Quienes alcanzaron nivel primaria y secundaria de educación básica, según el Sistema Educativo Nacional, se identificó a 74.6% de las personas que intentaron quitarse la vida.<sup>55</sup>

✓ Características de la Población que consumó el suicidio

En el año 2002, ocurrieron 3160 suicidios en el país, volumen que al ser comparado con los actos ocurridos el año anterior mostró una tendencia al incremento en 2.3 puntos porcentuales. En el estado de Jalisco, ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas al nivel nacional y ésta fue la proporción estatal que mostró la mayor frecuencia.

- El motivo por el que se cometió la mayor proporción de los suicidios registrados fue:
  - El disgusto familiar 10.5%.
  - Siguiéndole en orden descendente la causa amorosa 7.6%,
  - la enfermedad grave incurable 5.0%.
  - En seis de cada diez sucesos, no fue posible conocer la causa que lo originó.
- En promedio, se registraron 263 actos suicidas por mes y nueve por día a nivel nacional.
- El medio empleado declarado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue:
  - la estrangulación con él se consumaron 69 de cada 100 actos suicidas.
  - por arma de fuego ocurrieron 17.
  - por ingerir veneno seis y por intoxicación con medicamentos tres de cada 100 casos.
- Ocho de cada diez actos tuvieron lugar en casa habitación a nivel nacional. La mayor parte de los hechos restantes se llevaron a cabo en la vía pública, el campo y la cárcel.<sup>56</sup>
  - Suicidios consumados por sexo. 82.8% eran hombres.
  - 17.2% eran mujeres.

- Por cada mujer suicida, se identifico a cinco hombres.
- Suicidios consumados por estado civil.
  - Cuatro de cada diez suicidas eran solteros.
  - cuatro casados.
  - uno vivía en unión libre.
- Suicidios consumados por zona urbana o rural.
  - Los suicidas que residían habitualmente en áreas urbanas del ámbito nacional significaron siete de cada diez casos.
  - Tres de cada 10 vivieron en el área rural.

Como se ve por cada suicida residente en área rural se registró a tres del área urbana.<sup>57</sup>

#### IV.9. Trascendencia y relevancia del estudio de la salud mental

Algunas consideraciones que tienen que ver con la trascendencia de estudiar y de investigar la salud mental son que, según Escandón Carrillo, de ella depende(n):

- ❖ Un desarrollo infantil psíquico armónico.
- ❖ La capacidad para relacionarnos en pareja y con la familia. \*El funcionamiento como padre o madre.
- ❖ La capacidad para disfrutar la vida en todas sus manifestaciones.
- ❖ Una adecuada capacidad de adaptación social y de mantener relaciones interpersonales de buena calidad.
- ❖ Tener responsabilidad social, profesional, laboral y familiar.
- ❖ La capacidad de sentir libremente nuestras emociones y poder expresarlas de manera asertiva (respetuosa, directa y honesta) a los demás.
- ❖ En gran medida los índices de seguridad pública, pues la mayor parte de los delincuentes procede de hogares y familias disfuncionales (familias desintegradas o patológicas) que son generadoras de sociopatías (niños maltratados física o emocionalmente, con problemas con la autoridad y con una deficiente estructuración de la personalidad).
- ❖ Muchos casos de la deserción escolar, bajo rendimiento académico y frustración consecuente para el individuo como para su familia, escuela y

sociedad, con la consiguiente pérdida de recursos económicos que se habían invertido.<sup>58</sup>

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales es que:

- ✓ De acuerdo con la Secretaría de Salud, se estima, que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padecen en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tienen epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.<sup>59</sup>
- ✓ Asimismo, en este sentido, Gómez Mena señala que:

Parte del problema, es que estas cifras en la incidencia de los trastornos mentales tienden a aumentar debido a que el país atraviesa por una acelerada transición demográfica que influye en el cambio del perfil epidemiológico, por lo que se espera que fenómenos como la depresión, la demencia, así como el consumo descontrolado de alcohol y otras sustancias adictivas se vean incrementados.<sup>60</sup>

Todos estos trastornos requieren generalmente de supervisión especializada médica, psicológica y medicamentosa, lo que compromete fuertemente a los sistemas de salud pública de cualquier país, no siendo México la excepción. Si bien – señala Medina Mora- la salud mental no es un “frente ruidoso ni visible”, es una “trinchera” que requiere atención urgente.<sup>78</sup>

#### IV.10. Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental

Las transiciones demográficas, sociales y económicas deben ser tomadas en cuenta cuando se pretende realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en cualquier país, y México no es la excepción. Los resultados obtenidos de los diversos estudios realizados hasta el momento, dentro de este contexto, de acuerdo con lo anterior y con los especialistas, Medina y Villatoro, invitan a tener en cuenta que:



- ✓ El abuso y dependencia al alcohol, entre los hombres, y la depresión, entre las mujeres, son los problemas con mayor prevalencia. Sin embargo, se espera que en el futuro próximo la carga de los trastornos mentales aumentará debido al incremento del abuso de drogas,<sup>61</sup> la exposición a la violencia y la inseguridad social que también se refleja en el importante incremento de los índices de suicidio, incluyendo a la población joven. El índice de prevalencia es más alto en las zonas urbanas, sin embargo -afirma Medina Mora- la carga de la enfermedad es mayor entre los habitantes de las zonas rurales, probablemente por el incremento del riesgo derivado de la pobreza y la escasez de servicios.
- ✓ Al utilizar nuevos indicadores de la carga de la enfermedad los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes, por tanto, se deben hacer mayores esfuerzos por integrar dichos trastornos en la agenda de salud.
- ✓ Es conveniente, incrementar la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público general, respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento, con el propósito de reducir los conceptos equivocados y, por lo tanto, eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren el trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad.
- ✓ Comparaciones transculturales permitirán entender mejor que tan específicamente afectan los contextos culturales a la calidad de vida basada en conceptos sobre la enfermedad mental, accesibilidad de los servicios y barreras para la atención.
- ✓ Se requiere una nueva agenda para la atención de los trastornos de salud mental, la cual deberá estar inmersa en el contexto de una iniciativa de desarrollo que permita romper el ciclo de la reproducción de la pobreza, disminuir riesgos como el hambre, el desempleo, la exposición a la violencia y el aumento del estrés, conjuntamente con mejores actitudes públicas para aquellos que han desarrollado un trastorno psiquiátrico, con la posibilidad de proporcionar servicios de alta calidad para el mejor tratamiento en cada caso.

#### IV.11. Algunos indicadores relacionados con la salud mental.

Con base en lo expuesto, se identificaron algunos indicadores, que se mencionan tanto por fuentes oficiales como por investigadores y otras fuentes. Entre los estos se pueden señalar los siguientes:

- Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)
- Años de vida Saludable (AVISA)
- Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)
- Días de Vida ajustados por Discapacidad (DALYS)
- Muerte Prematura
- Costo-Eficiencia para financiar prevención y tratamiento de la salud mental
- Camas /habitantes

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal
Nivel de escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria Superior Universitaria Técnico	Nominal
Tipo de enfermedades mentales	Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos.	Trastornos del neurodesarrollo Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Trastorno bipolar y trastornos relacionados. Trastornos de ansiedad. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. Trastornos relacionados	

		<p>con traumas y factores de estrés.</p> <p>Trastornos disociativos.</p> <p>Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.</p> <p>Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.</p> <p>Trastornos de la excreción.</p> <p>Trastornos del sueño/vigilia.</p> <p>Otros</p>	
Diagnostico	Son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto.	<p>exploración física</p> <p>Análisis de laboratorio</p> <p>evaluación psicológica</p>	Nominal

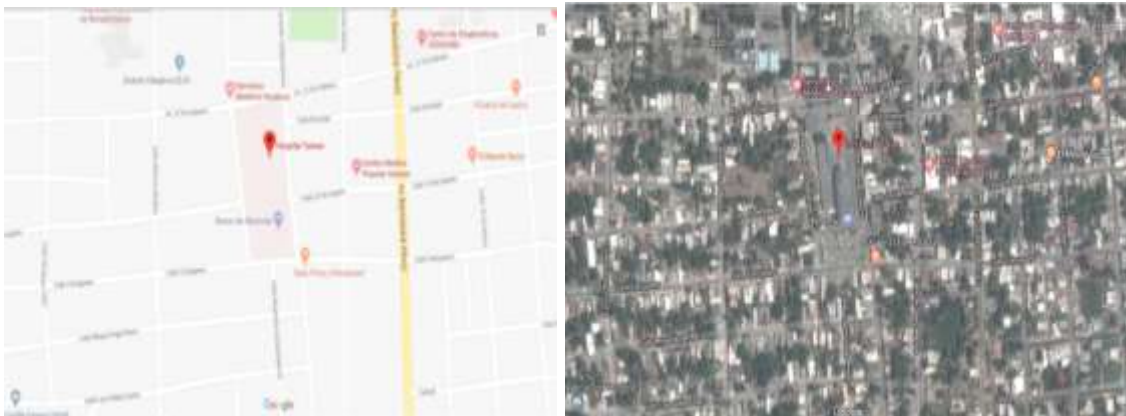
## **VI MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **VI.1. Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio descriptivo y retroprospectivo, con el objetivo de determinar los trastornos de salud mental que se presentan en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwán 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017-2018

### **VI.2. Área de estudio.**

Este estudio se realizó en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Azua, ubicado en la Independencia 10, Azua 71000, delimitado al Norte por la Av. 27 de Febrero, al Sur por la Calle Tortuguero, al Este por la Calle Respaldo Independencia y al oeste por la Av Independencia.



### **VI.3. Universo.**

El universo del estudio estuvo compuesto por todos los pacientes ingresados Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Azua en el periodo 2017-2018.

### **VI.4. Muestra.**

Las muestras estuvo constituida por todos los pacientes con trastornos de salud mental atendidos en el periodo 2017-2018.

## VI.5. Criterios.

### VI.5.1. De inclusión.

Todos los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar en la Comunidad en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Azua. en el periodo 2017-2018.

1. Pacientes con trastornos mentales.
2. Pacientes de ambos sexo.
3. Pacientes con expediente completo.

### VI.5.2. De exclusión.

1. Pacientes que no presentaron trastornos mentales.
2. Barrera de idioma
3. Expedientes incompletos.

## VII.6. Instrumento de recolección de los datos.

Para la recolección de los datos se utilizó un formulario elaborado por la sustentante, mediante preguntas abiertas y cerradas.

## VI.7. Procedimiento.

En la investigación, la sustentante de la tesis se encargó de recopilar los datos de los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar en el Hospital Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, que presentaron trastornos de salud mental, basado en el protocolo estandarizado descrito. Los pacientes fueron elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos. Esta fase fue llevada a cabo en el periodo 2017.

## VI.8. Tabulación de la información.

El procesamiento de los datos se realizó mediante técnicas con métodos electrónicos computarizados como será el Microsoft Word, epi info.

#### VI.9. Aspecto ético.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de Enseñanza del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Azua, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento. Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS

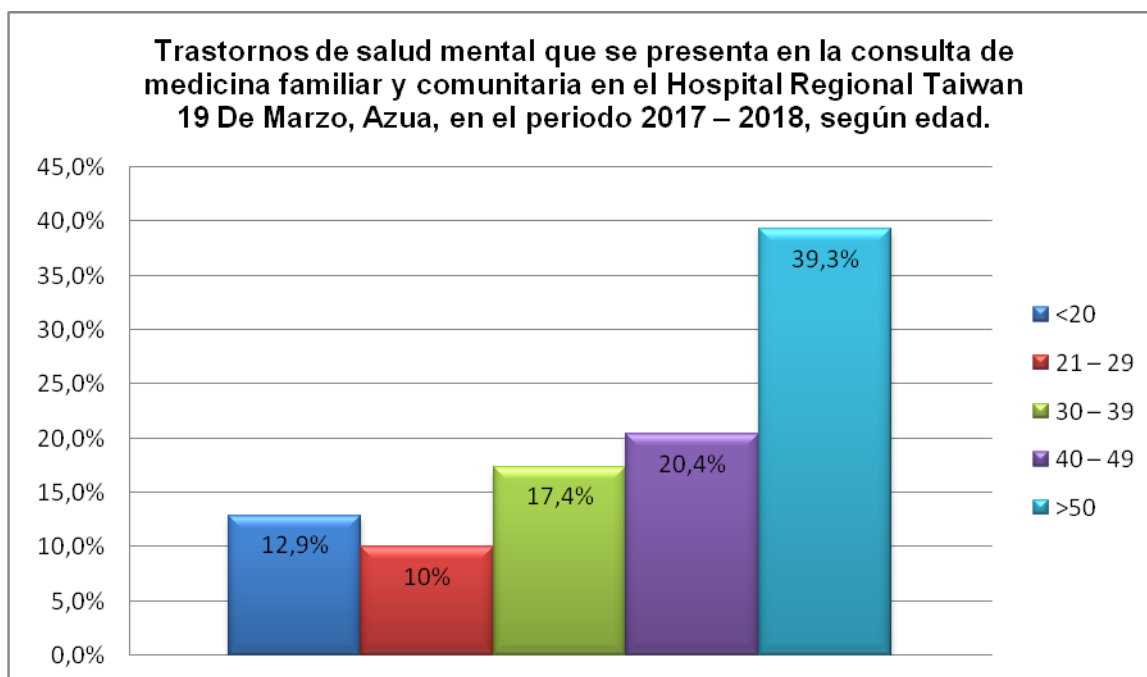
Cuadro 1. Trastornos de salud mental que se presenta en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwan 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017 – 2018. Según edad.

Edad	Frecuencia	%
<20	26	12.9
21 – 29	20	10.0
30 – 39	35	17.4
40 – 49	41	20.4
>50	79	39.3
Total	201	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 39.3 por ciento de los pacientes con trastornos mentales tuvieron una edad >50 años, el 20.4 por ciento 40-49 años, el 17.4 por ciento 30-39 años, el 10.0 por ciento 21-29 años y el 12.9 por ciento <20 años.

Grafico 1.



Fuente Cuadro 1.



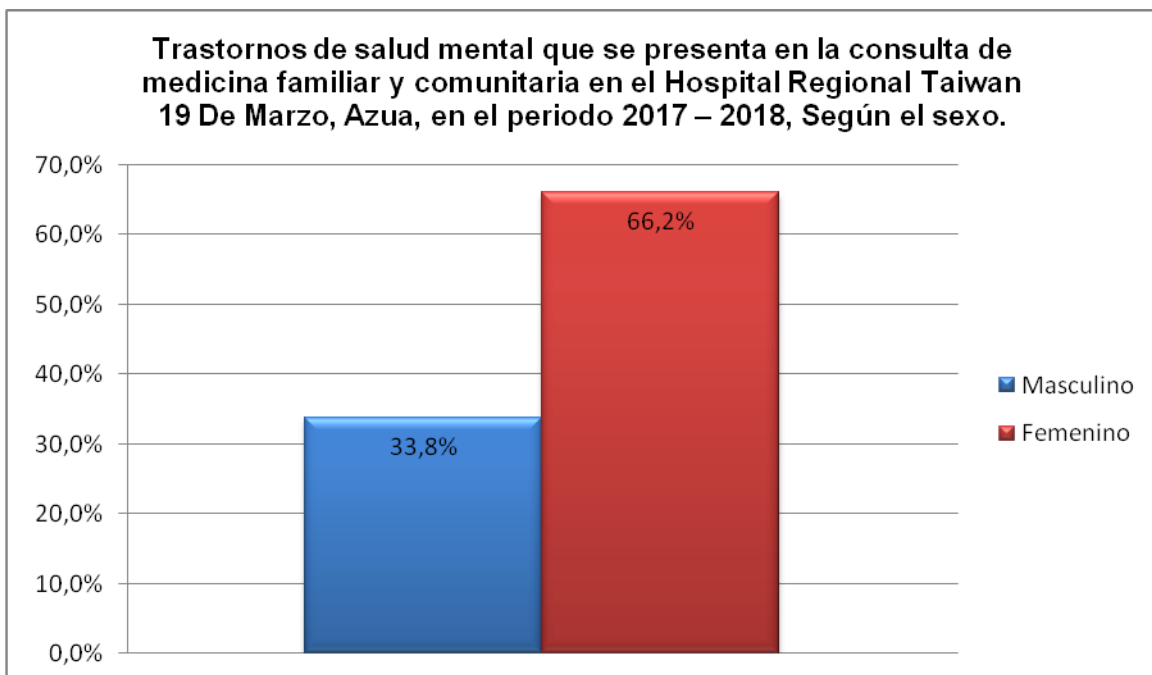
Cuadro 2. Trastornos de salud mental que se presenta en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwan 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017 – 2018. Según el sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	68	33.8
Femenino	133	66.2
Total	201	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 66.2 por ciento de los pacientes fueron del sexo femenino y el otro 33.8 por ciento fue masculino.

Grafico 2



Fuente cuadro 2.

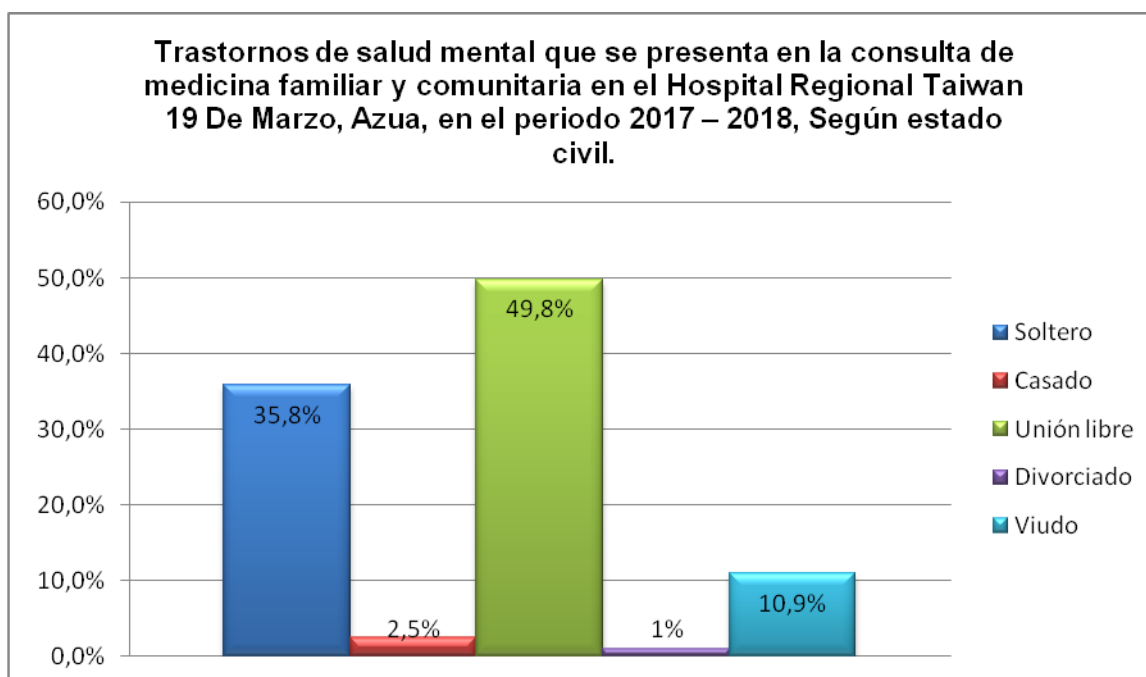
Cuadro 3. Trastornos de salud mental que se presenta en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwan 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017 – 2018. Según estado civil.

Estado civil	frecuencia	%
Soltero	72	35.8
Casado	5	2.5
Unión libre	100	49.8
Divorciado	2	1.0
Viudo	22	10.9
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expedientes clínicos.

El 49.8 de los pacientes tuvo un estado civil fue de unión libre, el 35.8 por ciento de solteros, el 10.9 por ciento de viudo, el 2.5 por ciento de casado y el otro 1.0 por ciento de divorciado.

Grafico 3.



Fuente Cuadro 3

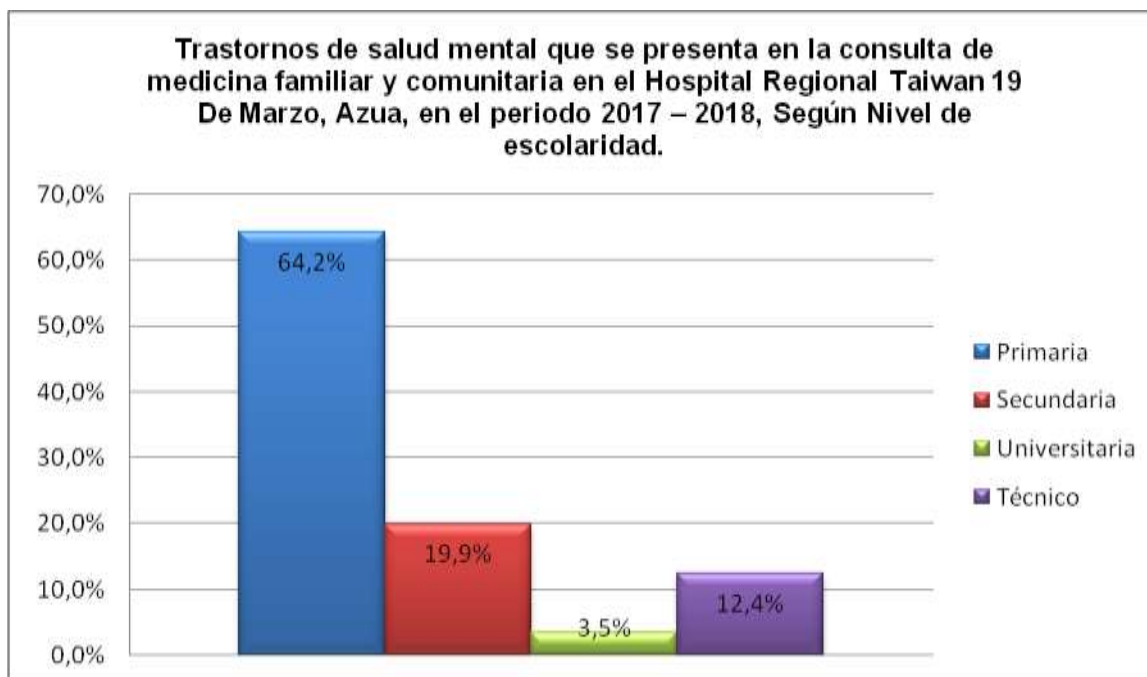
Cuadro 4. Trastornos de salud mental que se presenta en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwan 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017 – 2018. Según Nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	129	64.2
Secundaria	40	19.9
Universitaria	7	3.5
Técnico	25	12.4
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expedientes clínicos.

El 64.2 por ciento de los pacientes tuvo una escolaridad primaria, el 19.9 por secundaria, el 12.4 por ciento técnicos y el otro 3.5 por ciento fue universitario.

Grafico 4.



Fuente Cuadro 4.

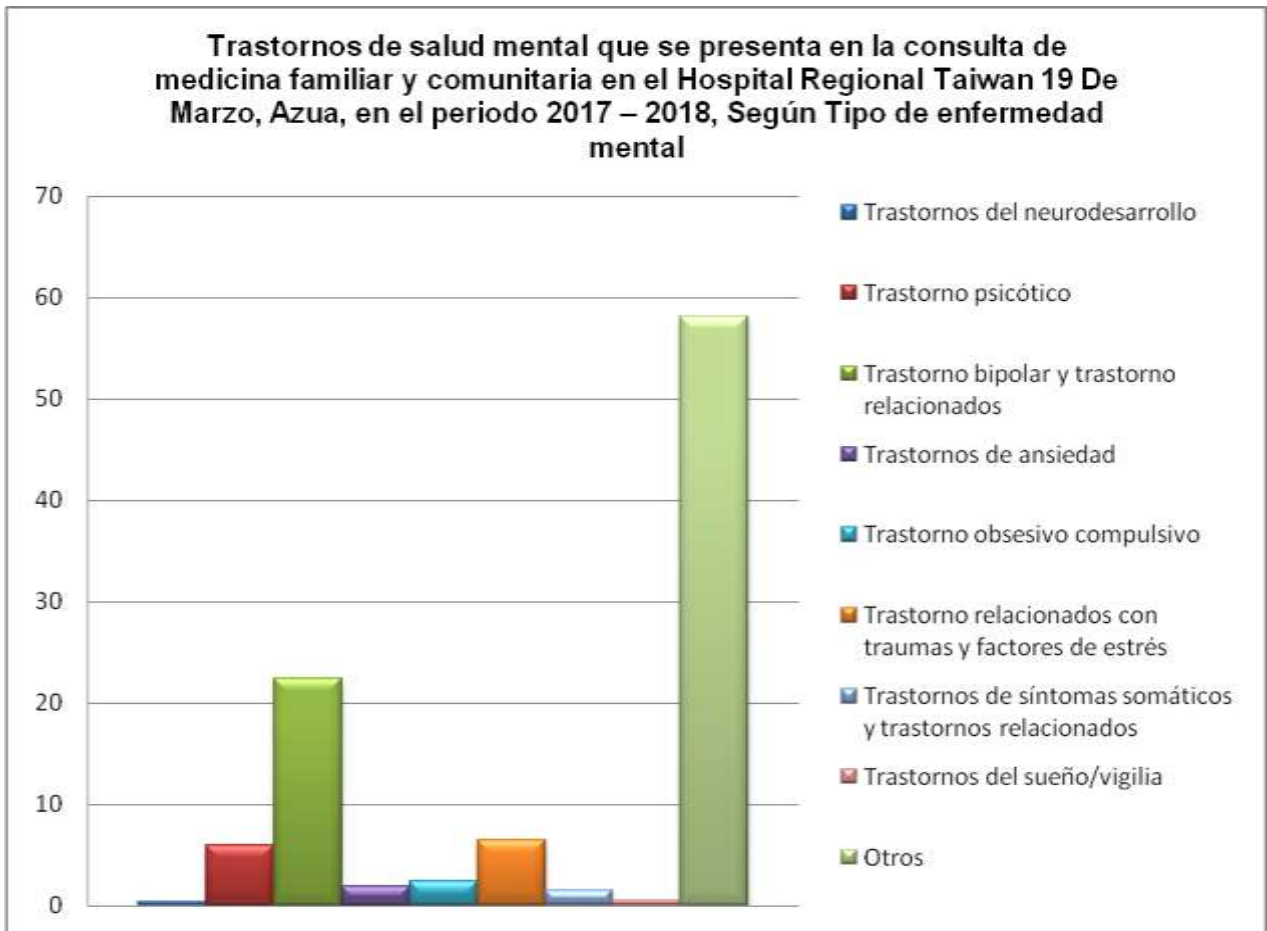
Cuadro 5. Trastornos de salud mental que se presenta en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwan 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017 – 2018. Según tipo de enfermedad mental.

Tipo de enfermedad mental	Frecuencia	%
Trastornos del neurodesarrollo	1	0.4
Trastorno psicótico	12	6.0
Trastorno bipolar y trastorno relacionados	45	22.4
Trastornos de ansiedad	4	2.0
Trastorno obsesivo compulsivo	5	2.5
Trastorno relacionados con traumas y factores de estrés	13	6.5
Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	3	1.5
Trastornos del sueño/vigilia	1	0.5
Otros	117	58.2
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expedientes clínicos.

El 58.2 por ciento con trastorno de salud mental según tipos de enfermedad mental fue otros, el 22.4 por ciento trastorno bipolar y trastornos relacionados, el 6.5 por ciento trastorno relacionados con trauma y factores de estrés, el 6.0 por ciento trastorno psicológico, el 2.5 por ciento trastorno obsesivo compulsivo, el 2.0 por ciento trastorno de ansiedad, el 1.5 por ciento trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, el 0.5 por ciento trastorno del sueño y el otro 0.4 por ciento trastorno del neurodesarrollo.

Grafico 5.



Fuente Cuadro 5.

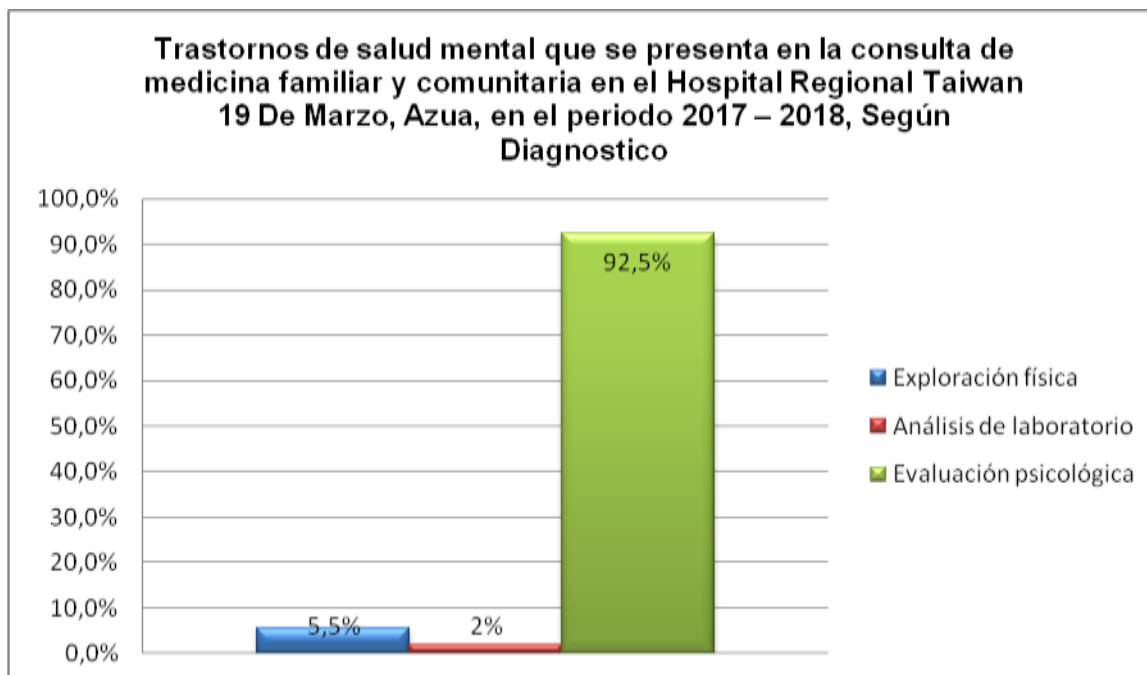
Cuadro 6. Trastornos de salud mental que se presenta en la consulta de medicina familiar y comunitaria en el Hospital Regional Taiwan 19 De Marzo, Azua, en el periodo 2017 – 2018. Según Diagnostico.

Diagnostico	Frecuencia	%
Exploración física	11	5.5
Análisis de laboratorio	4	2.0
Evaluación psicológica	186	92.5
total	201	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 92.5 por ciento con trauma de salud mental según su diagnostico fue con evaluación psicológica, el 5.5 por ciento exploración física y el otro 2.0 por ciento con análisis de laboratorio.

Grafico 6



Fuente: Cuadro 6.

## VIII. DISCUSIÓN

El 39.3 por ciento con Trastornos de salud mental según su edad fue mayor de 50 según el Dr. José Poveda De Agustín de la Universidad de Madrid el 40.1 por ciento con Trastorno de salud mental según su edad fue mayor de 50.

El 66.2 por ciento con trastornos de salud mental según su sexo fue femenino según la Dra. Karla María Lagunas Núñez de la universidad veracruzana el 65.8 por ciento con trastorno de salud mental según el sexo fue femenino y el otro 34.2 fueron hombres.

El 49.8 por ciento con trastornos de salud mental según el estado civil fue de unión libre según Dra. Beatriz González Jiménez de la Universidad de México el 50.1 por ciento con trastornos de salud mental según el estado civil es soltera.

El 64.2 por ciento con trastorno de salud mental según nivel de escolaridad fue a la primaria según Dr. Julio Ramírez Ortiz de la Universidad de Veracruzana el 62.8 por ciento con trastorno de salud mental según el nivel de escolaridad fue la primaria.

El 58.2 por ciento con trastorno de salud mental según tipos de enfermedad mental fue otros según la Dra. Beatriz González Jiménez en la universidad de México el 58.2 por ciento con trastorno de salud mental según los tipos de enfermedad mental fue otros.

## **IX. CONCLUSIONES.**

1. El 39.3 por ciento con Trastornos de salud mental según su edad fue mayor de 50.
2. El 66.2 por ciento con trastornos de salud mental según su sexo fue femenino.
3. El 49.8 por ciento con trastornos de salud mental según el estado civil fue de unión libre.
4. El 64.2 por ciento con trastorno de salud mental según nivel de escolaridad fue a la primaria.
5. El 58.2 por ciento con trastorno de salud mental según tipos de enfermedad mental fue otros.
6. El 92.5 por ciento con trauma de salud mental según su diagnostico fue con evaluación psicológica.



## **X. RECOMENDACIONES**

Después de obtener aquellos resultados pasamos a las siguientes recomendaciones:

1. Implementar programas en el comunidad dirigidos a esta población como charlas, conferencias, talleres, debates, etc.
2. Incentivar dentro del núcleo familiar un ambiente de convivencia sana, respecto y unión para así evitar posibles trastornos o enfermedades mentales.
3. Seguimiento intrafamiliar de estos pacientes.
4. Promover en la comunidad el deporte, la recreación sana, así como el contacto con la naturaleza contribuyendo con esto a una mejor salud mental.
5. Implementar programas de prevención de trastornos mentales dirigidos a los niños para que sean adultos mentalmente saludables.
6. Crear conciencia en la familia de los daños a la salud mental que ocasionan las drogas y otras sustancias prohibidas.

## XI. REFERENCIAS

1. Malhotra S, Shah R. Women and mental health in India: an overview. *Indian J Psychiatry*. 2015; 57(6):205-11.
2. Paiva PC, Torrenté MON, Landim FLP, Branco JGO, Tamboril BCR, Cabral ALT. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(n.spe):134-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300020>.
3. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Bensen IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Bras Psiquiatr*. 2016.
4. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03225. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225>.
5. Salas Cachay Luz Yolanda Trastornos de personalidad de los pacientes de consulta externa de salud mental del hospital de IV nivel de EsSalud de Lima 2018, Trabajo de Suficiencia Profesional, Lima-Perú 2018.
6. Berrios. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009.
7. Gálvez. Investigo Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva investigación de trastorno. 2015.
8. Ferrer. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 2015.
9. Mota. "Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees". *American Psychologist*, 2015.
10. RODRÍGUEZ, J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis psicológica, 1995.

- 11.El Comité Cosultivo Mundial de Investigaciones Médicas (CCMIM) da Prioridad a las Investigaciones sobre la Salud Mental y el Comportamiento Humano. Crónica de la OMS.1981.
- 12.Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon KM. Clinical applications of cognitive therapy. Nueva York: Plenum (2002).
- 13.Hanebuth D, Meinel M y Fischer JE. Health-related quality of life, psychosocial work conditions and absenteeism in an industrial same of blue- and white-collar employees: a comaparison of potential predictors. J Occup Environ Med, 2006.
- 14.Horowitz M.J. Histrionic personality disorder. En G.O. Gabbard (dir.), Treatments of psychiatric disorders (2ª ed.). Washington: American Psychiatric Press (1995).
- 15.ESCANDÓN Carrillo, Roberto. ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17
- 16.En lenguaje técnico se habla de Comorbilidad psiquiátrica con enfermedades médicas. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. México, 2001. ISBN 968-811-994-6. Pág. 30
- 17.VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Salud Mental Vol. 25 (4): 68 - 77, Agosto, 2002 Registro 921, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. ISSN 0185-3325.  
[http://www.inprfcd.org.mx/revista\\_sm/citabiblio.php?id\\_cita=921](http://www.inprfcd.org.mx/revista_sm/citabiblio.php?id_cita=921)
- 18.Moreno y Ximénes, 1996, citados por TEVA, Inmaculada, Et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. En Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Vol. 14, Num. 1. México. Jul - Dic 2004. ISSN 1405 – 1109. Pag. 229 –235.
- 19.TEVA, Inmaculada, Et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Op. cit.

20. TEVA, Inmaculada, Et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH, Op cit, pag. 229.
21. Enfermedad de origen autoinmune que afecta a las articulaciones; se trata de una enfermedad progresiva y deteriorante -al igual que la infección por el VIH- que afecta la calidad de vida puesto que a los síntomas propios de la enfermedad hay que añadir la pérdida de un número considerable de actividades cotidianas. Las investigaciones realizadas han mostrado que los pacientes con artritis reumatoide tienen una peor calidad de vida que la población general
22. TEVA, Inmaculada, Et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Op. Cit
23. Este cambio se reflejó en el uso de diseños de evaluación longitudinales, cuantitativos y cualitativos. VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Op. Cit.
24. Estos modelos multidimensionales, han sido los comunitarios, así como el modelo propuesto por Schalock, validado por la revisión de la investigación publicada en el periodo 1985-1999. VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Op. cit.
25. DÖRING, Ma. Teresa. Contra el manicomio, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Col. Ensayos, México, 1985, ISBN 96-859590-6. pag 433 y sigs.
26. BASAGLIA, Franco. Entrevista con Franco Basaglia. En: Psiquiatría y Antipsiquiatría, Biblioteca Salvat Grandes Temas, No. 98. Texto Juan Obiols, Salvat Editores, Barcelona, 1973, Pág. 9-19, 72-85.
27. DÖRING, Ma. Teresa. Contra el manicomio, Op. Cit.
28. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo "La salud mental en México. Retos y perspectivas". Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP).

<http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Consultado el 07/02/05. Ma. Elena Medina-Mora, Directora de Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), y el Dr. Jorge Villatoro, investigador de tiempo completo del INP. El trabajo original presenta la situación actual de la salud mental en la población mexicana, incluyendo datos sobre adicciones y violencia, de acuerdo con la información obtenida de encuestas y otros estudios, en el contexto de la transición social y demográfica que influye en la calidad de vida de la población, asimismo, define los requerimientos de información y propone algunas recomendaciones para establecer políticas de atención. Sin embargo, este resumen consultado se restringe exclusivamente a la información relacionada con la salud mental.

29. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 36
30. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6. Pág. 25
31. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. cit.
32. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. Cit. Pág. 37
33. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 38
34. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 39 y 40
35. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 41
36. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 44. La tabla de la fuente indica los valores 7.8, 3.7, 2.8, 1.1, 2.5, 1.0, 0.2, 0.6, 0.6, y 1.1, los cuales son erróneos.
37. GONZÁLEZ Salvador. La salud mental en México. Op cit
38. Secretaria de Salud, Prioridad a salud mental y adicciones. Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001  
[http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm)
39. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op cit

40. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. Cit. Pág. 40 y 41
41. Al respecto, véase una de las últimas acciones en materia de salud mental llevada a cabo por la Cámara de Diputados. En este mismo sentido, aborda lo legislado sobre el derecho a ser debidamente informado, tanto pacientes con padecimientos mentales como sus familiares. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op. Cit.
42. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op. Cit.
43. GONZÁLEZ Salvador. La salud mental en México. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm>  
Consultado el 07/02/05
44. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op Cit. Pág. 18
45. Comunicado de prensa OMS/48. 15 noviembre 2001.  
<http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/comece/indexCIF.htm>
46. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. Cit. Pág. 24
47. GONZÁLEZ Salvador. La salud mental en México, Op. Cit
48. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 43
49. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. cit. Pág. 15
50. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. cit, Pág. 34
51. GOMEZ MENA, Carolina. Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales psiquiátricos.  
La Jornada, 25 mayo 2001.  
<http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>
52. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op. cit.
53. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003. INEGI, Cuaderno No. 9. México, 2004. ISBN 970-13-4367-0, Pág. 9 -10
54. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003. Op. cit. Pág. 43 -44

55. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003. INEGI, Op. cit Pág. 10-14
56. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003. INEGI, Op. cit, Pág. 45
57. ESCANDÓN Carrillo, Roberto. ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). Op. cit. Pág. 17
58. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 18
59. GOMEZ MENA, Carolina. Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales psiquiátricos. La Jornada, 25 mayo 2001.  
<http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>
60. El incremento de usuarios de drogas, inevitablemente impactará la salud mental de la población que, por ende, requerirá más servicios para los problemas resultantes del aumento de la comorbilidad. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op. cit.

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2018	
Selección del tema	2018	Noviembre
Búsqueda de referencias		Noviembre
Elaboración del anteproyecto		Noviembre
Sometimiento y aprobación		Enero - Febrero
Recolección de la información		
Tabulación y análisis de la información		Marzo
Redacción del informe		
Revisión del informe		Abril
Encuadernación		Abril
Presentación		Abril



## XII.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL QUE SE PRESENTAN EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL TAIWAN 19 DE MARZO, AZUA, EN EL PERIODO 2017-2018.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos
2. Sexo: Masculino\_\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_\_
3. Estado civil: Soltero\_\_\_\_\_ Casado\_\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_\_ Divorciado\_\_\_\_\_ Viudo\_\_\_\_\_
4. Nivel de escolaridad: Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_\_ Superior\_\_\_\_\_ Universitaria\_\_\_\_ Técnico\_\_\_\_\_
5. Tipo de enfermedad mental: Trastornos del neurodesarrollo\_\_\_\_\_ Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos\_\_\_\_\_ Trastorno bipolar y trastornos relacionados\_\_\_\_\_ Trastornos de ansiedad\_\_\_\_\_ Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados\_\_\_\_\_ Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés\_\_\_\_\_ Trastornos disociativos\_\_\_\_\_ Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados\_\_\_\_\_ Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos\_\_\_\_\_ Trastornos de la excreción\_\_\_\_\_ Trastornos del sueño/vigilia\_\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_
6. Diagnostico: Exploración física\_\_\_\_\_ Análisis de laboratorio\_\_\_\_\_ evaluación psicológica\_\_\_\_\_

### XII.3. Costos y Recursos

XII.3.1 Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una sustentante</li> <li>• Dos asesores (metodológico y clínico)</li> <li>• Estadígrafo</li> <li>• Personal de archivo</li> </ul>			
XII.3.2 Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	150.00	300.00
Papel en hilo blanco	3 resmas	500.00	1500.00
Lápices	2 unidades	5.00	10.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	1 unidad	5.00	5.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		1,200.00
Calculadoras	2 unidades	600.00	1200.00
XII.3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.3.4.Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	0.35	420.00
Encuadernación	12 informes	150.00	1,800.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Imprevistos			2,000.00
<b>Total</b>			<b>\$14,675.00</b>

## XII.4. Evaluación

Sustentante:

---

Dra. Eilyn Margarita Sánchez Díaz

Asesora:

---

Dra. Claridania Rodríguez Berroa  
Asesora Metodológica

Jurado:

---

---

Autoridades:

---

Dra. Yenny Beltré  
Coordinador de Residencia de  
Medicina Familiar y Comunitaria  
Hospital Taiwán 19 de Marzo

---

Dr. Bayohan Martínez  
Jefe de Enseñanza  
Hospital Regional Taiwan 19 de  
Marzo

---

Dra. Claridania Rodríguez  
Coordinadora

---

Dr. William Duke  
Decano Facultad Ciencias De la  
Salud UNPHU

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_