

Patrones de utilización de los servicios de salud mental*

Ma. Asunción Lara**
Maricarmen Acevedo**

Summary

The present paper reviews the research projects on mental health services carried on at the Mexican Institute of Psychiatry. There have been different areas of interest. The first one addresses the needs for attention due to emotional disorders in the general practice (in a health center, a family medicine unit and a general hospital). The main result shows a frequency of 35 to 50% of emotional disorders. The prevalence of psychiatric disorders in other institutions —Medical Military School, IMSS, and psychiatric hospitals— has also been studied.

Other line of research has been advocated to the study of pathways to psychiatric care. It was observed that in Mexico, the delay from onset of problem and seeing first care was longer, as compared to other countries.

Result from the use of formal and informal mental health services show that people that suffer from emotional symptoms seek help from relatives and friends in the first place, use home remedies in the second, and seek advice from priests and religious ministers in the third.

Other research efforts have been directed towards the utilization of services in rural areas, as well as the use of informal services such as Neurotic Anonymous and spiritual temples.

It is concluded that there is still a great need to increase research in this area.

Resumen

En el presente trabajo se revisan las investigaciones sobre los servicios de salud mental efectuadas en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Las áreas de investigación han sido diversas. Las primeras investigaciones estuvieron dedicadas a la detección de las necesidades de atención debido a los trastornos emocionales en la consulta médica general (en un centro de salud, en una unidad de medicina familiar y en un hospital general). El resultado principal fue el hallazgo de una frecuencia de trastornos emocionales de 35 a 50%. La prevalencia de trastornos mentales en otras instituciones —Escuela Médico Militar, IMSS y hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud— también se ha estudiado.

Otra línea de investigación evaluó los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención. Se observó que México, en comparación con otros países, tiene el retraso más grande entre la aparición de los síntomas y la primera búsqueda de ayuda.

Otro trabajo sobre utilización de servicios formales e informales de salud mental muestra que los familiares y ami-

gos constituyen el primer recurso al que acude la población cuando padece de problemas emocionales, la automedicación el segundo y los sacerdotes y ministros, el tercero.

Se han dirigido esfuerzos para evaluar la utilización de servicios por parte de la población rural y la solicitud de ayuda a servicios informales como los templos espiritualistas y los grupos de Neuróticos Anónimos.

Se concluye que se requiere investigar mucho más en esta área.

Antecedentes

En términos de Ruiz de Chávez, en México, "la investigación en servicios de salud ha recorrido un largo camino desde los años setenta, etapa en la que hubo una dedicación al análisis sobre la marcha, fruto de la reflexión sobre el trabajo de campo, hasta el momento actual de la investigación impecable, exquisitamente rigurosa, pero divorciada del trabajo cotidiano del médico dedicado a los servicios de salud" (21).

La proporción de investigación dedicada a los servicios de salud en nuestro país es muy pequeña, al compararla con el total de investigación desarrollada en el campo de la salud pública. Los datos que cubren el periodo de 1979 a 1986 muestran que ésta sólo representa un 2%, es decir 20 investigaciones (18).

Si consideramos los tópicos a que se ha abocado la investigación en servicios de salud, encontramos que los más frecuentemente abordados son la administración, los recursos humanos y el uso de servicios en el periodo 74-83, y las necesidades de salud en el periodo 84-91 (1). Esto con relación en los servicios de salud en general; sin embargo, cuando nos referimos a los servicios de salud mental los trabajos son aún más escasos (alrededor de diez), la mayoría de ellos realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

Vale la pena, antes de revisar dichos trabajos, referirnos a las características de los servicios de salud mental en México.

Los servicios de salud mental, como parte del sistema general de salud, se insertan en una red estratificada (IMSS, ISSSTE y SS) en la que persiste una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y a la calidad de sus servicios (6). Por lo general, la población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad. Es por esto que a la desigualdad en la distribución social de la enfermedad, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios (10).

* X Reunión de Investigación y Enseñanza: Avances de la Psiquiatría. Contribuciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 27-31 de marzo de 1995.

** División de Investigaciones Epidemiológicas y sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F.

De la Fuente R. hace hincapié en que los problemas de salud mental más frecuentes en la actualidad que requieren de atención, no los constituyen las personas severamente perturbadas, como ocurrió en el pasado, sino los problemas que podríamos considerar como del desarrollo, así como los neuróticos y los de adaptación. Los servicios que se requieren para cubrir estas necesidades no son, por lo tanto, hospitales psiquiátricos, sino servicios en el seno de la comunidad, convergentes con los centros de salud (5).

En 1987, se da respuesta a esta necesidad de servicios en salud mental con la publicación de normas técnicas que rigen el tratamiento de los trastornos emocionales dentro del sistema general de salud en los diversos niveles de atención. Este sistema pretendía asegurar el tratamiento integral de la salud mental a nivel comunitario, así como el manejo de trastornos de diversos niveles de severidad dentro del sistema de salud.

La puesta en marcha de estas normas ha sido paulatina y se ha visto limitada por restricciones presupuestales, las cuales se han hecho más agudas con las continuas crisis económicas del país. Esta situación, aunada a la escasez de personal calificado, hace que dichos servicios sean insuficientes y la calidad de ellos cuestionable.

De acuerdo con De la Fuente R. (4), la falta de capacitación por parte del personal en el primer nivel de atención de los trastornos mentales, así como la falta de psiquiatras y otro personal especializado en salud mental (psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras) en los tres niveles, es uno de los factores que más limitan las posibilidades de dar un servicio de calidad en salud mental. Por otra parte, como mencionan Furbinger y cols., las relaciones del trabajador de la salud con sus pacientes, en los países menos desarrollados, son particularmente complejas por situaciones de tipo económico y social (7). El exceso de trabajo, la falta de recursos institucionales y las condiciones de pobreza de la población que atiende, hacen que este sea un trabajo difícil.

En cuanto a los servicios especializados, De la Fuente R. concluye que los 16 hospitales que hay en la

República, son insuficientes y, están mal distribuidos (alejados de los centros médicos) y mal financiados. El conjunto de hospitales cuenta con una cama psiquiátrica disponible para cada 5 453 habitantes en el caso del DF, una cama para cada 55 315 en la zona norte y centro de la república mexicana, y una cama para cada 44 115 en la zona sur y sureste (4). Noventa y seis hospitales generales cuentan por lo menos con servicios mínimos de consulta de psiquiatría y 198 clínicas y centros de salud tienen consulta externa de esta especialidad (4).

Investigación en servicios de salud mental

Un área de investigación a la que se ha dedicado el IMP, es la detección de necesidades de salud mental en la consulta médica general. En 1984, Medina-Mora, Padilla, Peláez, Caraveo y cols., realizaron un estudio sobre la prevalencia de los trastornos mentales en el primer nivel de atención en tres poblaciones: un centro de salud, una unidad de medicina familiar y un hospital general. Las principales causas de morbilidad psiquiátrica encontradas fueron: las neurosis y las reacciones de adaptación (tabla 1).

Los trastornos emocionales tuvieron una frecuencia entre el 35 y el 50 %; la frecuencia corregida para las tres instituciones se estimó en 40 % (18). Respecto al sexo, las mujeres presentaron mayor prevalencia, y respecto al grupo etario, la patología mental fue más frecuente en las personas mayores de 42 años (18,16).

Entre otras conclusiones derivadas de este trabajo se advierte que la detección de los trastornos emocionales, por el médico general, de pacientes clasificados como "caso", es inferior a la detectada por profesionistas, siendo la del primero de sólo la mitad (18,19).

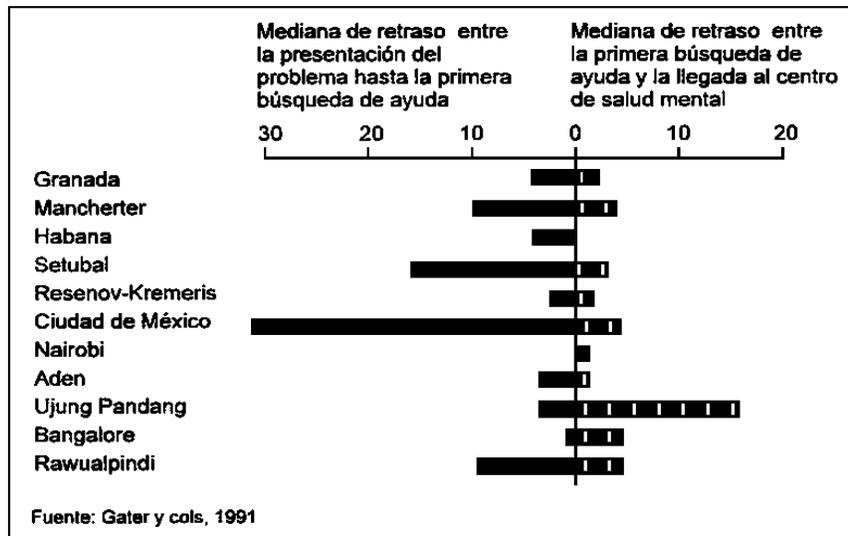
Martínez, Medina-Mora y Campillo (14), evaluaron los costos de los servicios a pacientes que requieren de atención psiquiátrica especializada y que asisten a la consulta médica general. Los autores encontraron que éstos son altos, sin que la persona reciba beneficio respecto a su condición patológica.

TABLA 1
Principales causas de morbilidad psiquiátrica en tres instituciones (%)

<i>Categoría diagnóstica</i>	<i>Centro de Salud n = 235</i>	<i>Unidad de Medicina Familiar n = 412</i>	<i>Hospital General n = 197</i>
Neurosis	10.4	19.0	22.6
Reacciones de adaptación	24.4	10.8	2.0
Trastornos de personalidad	5.3	4.6	0.3
Psicosis afectivas	0.8		4.9
Trastornos mentales secundarios a lesión orgánica (no psicóticos)	1.6	1.0	
Reacción aguda ante gran tensión	1.9	0.4	*
Síndrome de dependencia al alcohol	1.7	0.3	0.2
Psicosis y síndrome orgánico-cerebral	0.6	0.6	1.5
Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	0.2	1.0	*
Alteraciones en las funciones corporales	1.3	0.5	0.5
Otras	3.2	1.6	0.2
Total	49.8	40.4	33.2

* No aparece en ICD 8 (C.I.E. 8a. revisión)
Fuente: Padilla y cols., 1984.

GRAFICA 1
Medianas de retraso entre la presentación del problema hasta la llegada al servicio de salud mental



Otros dos estudios sobre sintomatología psiquiátrica en primer nivel de atención, sobre los que no nos extenderemos, son los de García y Caraveo (8) y López, Caraveo, Saltijeral y Martínez.*

La demanda de atención en los servicios de salud mental fue estudiada por Caraveo, González, Ramos y Mendoza (2), por medio de la revisión los datos existentes. Los datos obtenidos de la Escuela Médico Militar IMSS en 1968, muestran una mayor prevalencia en los grupos más jóvenes (entre los 0 y los 9 años), siendo los trastornos más comunes las reacciones neuróticas (6.4 %) y los problemas emocionales menores (6.0 %).

Por otra parte, el estudio de Caraveo y cols. (2), muestra que en 1983, el IMSS registró a los trastornos neuróticos como el 13° motivo de consulta. Este estudio también recabó datos sobre las principales alteraciones mentales por demanda de consulta externa en 11 hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud. La epilepsia (h = 17.7 y m = 19.4 %), la esquizofrenia (h = 15.4 y M = 15.2 %), la neurosis (h = 14.8 y m = 28%) y el retardo mental (h = 12.7 y m = 10.9 %). Las principales alteraciones por internamiento son: la esquizofrenia (h = 28.1 y m = 31.5 %), la epilepsia (h = 10.4 y 14 %); en los hombres, el alcoholismo (h = 13 %) y la adicción a las drogas (h = 10.1 %) y en las mujeres, el retardo mental (m = 9.6 %) y las psicosis no específicas (m = 8.1 %).

Entre otros aspectos, Caraveo comenta que las tasas de solicitud y uso de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención son bajas. El número de casos que se ven en el tercer nivel de atención es mayor en comparación con el primero; lo que indica que no es el primer nivel de atención la principal vía de acceso al sistema de salud para este tipo de problemas,

como pretende ser [Gutiérrez y Barilar, en: Caraveo y cols. (2)].

Otra línea de investigación sobre los servicios de salud desarrollada por Caraveo, ha consistido en evaluar los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención. El estudio fue parte de un proyecto internacional coordinado por la OMS, en el que participaron 11 países (9). Entre los principales resultados se observa que México tiene un número muy bajo de psiquiatras por habitantes en riesgo, en comparación con otros países (9). El país con un mayor número de psiquiatras por población en riesgo fue Granada (62 por millón), y el más bajo Rawalpindi (2 por millón). Por otra parte, se hizo evidente que México tiene el retraso más grande entre la primera aparición de los síntomas y la primera búsqueda de ayuda (gráfica 1). En comparación con los otros países, se colocó en un punto medio en cuanto a la demora entre la primera visita y el contacto con los servicios de salud mental. Un fenómeno que se observó en México, fue que muchos pacientes contactaban directamente los servicios de salud mental sin pasar por el primer nivel de atención.

Al profundizar en los datos de la población mexicana, Caraveo y cols. (3), reportan que en la primera búsqueda de atención, la mayor parte de las personas acudieron previamente al médico general (53 %) o a otro servicio. De las dos poblaciones estudiadas, una de un centro de salud y otra de un hospital general de zona, la primera, en virtud de que podía acudir directamente al servicio de psiquiatría y salud mental, en un alto porcentaje en su primera búsqueda de ayuda se presentó al mismo (42.4 %). En cuanto a la demora, la mediana de semanas transcurridas entre el inicio del padecimiento y la primera búsqueda de ayuda, muestra un mayor retraso para los que acuden a los centros de salud (entre 21 y 467 semanas). Sin embargo, la mediana de retraso desde la primera búsqueda de atención hasta el arribo al servicio de psi-

* *Detección de síntomas emocionales en la consulta externa de un centro de salud. En preparación.*

quiatria fue más alto en el hospital general de zona (entre 2 y 156 semanas). Los autores señalan como factores asociados a la demora en la atención especializada, el nivel educativo del paciente, los obstáculos económicos y la lejanía de los hospitales. Por otro lado, reportan un manejo farmacológico inadecuado en la primera instancia de ayuda (3).

Un siguiente estudio, con una muestra de hogares a nivel nacional, fue realizado por Medina-Mora y cols. en 1988, sobre utilización de servicios formales e informales de salud (15). Los resultados de la tabla 2 muestran que los familiares y los amigos constituyen el primer recurso al que acude la población cuando padece de problemas emocionales –síntomas depresivos e ideación suicida–; la automedicación fue el segundo recurso; y los sacerdotes y los ministros el tercero. Las razones más importantes por las cuales las personas no han solicitado ayuda, son de tipo personal y tienen que ver con los prejuicios y con el desconocimiento del servicio especializado en salud mental. En cuanto a la atención, domina el uso de los psicofármacos y en algunos casos los consejos; en un número mínimo se practica la psicoterapia (15).

En un análisis de los datos considerando las variables género y escolaridad, Lara y cols. (11), encontraron los siguientes resultados: las mujeres con depresión alta acuden menos con amigos o familiares y más en busca de ayuda profesional que los varones, mientras que ellos usan más el primer tipo de ayuda. Además, los hombres dicen no solicitar ayuda porque piensan que otra persona se las puede dar y por no querer perder dinero en su trabajo. Las diferencias que encontramos en las personas con depresión moderada se refieren al tipo de ayuda formal a la que acuden: los varones a especialistas privados y a centros de salud mental especializados, mientras que las mujeres se dirigen a algún servicio de salud mental de seguridad social. Algunas de las razones y que para no solicitar ayuda con mayor frecuencia dan las mujeres en comparación con los varones son: vergüenza, porque nadie podría entender su problema, nadie podría ayudarla, el pensar que otra persona puede ayudarla, la falta de disponibilidad del servicio y el no tener quién le cuide a los niños.

Las comparaciones por nivel de escolaridad permitieron detectar a una población que se podría considerar como de alto riesgo, ésta es, la de mujeres de baja escolaridad con depresión moderada. Dichas mujeres solicitan menos ayuda de familiares y amigos, acuden más a servicios no especializados como son los dispensarios, y con frecuencia perciben que los servicios no están disponibles y temen requerir de una larga espera, sienten que nadie las puede ayudar, cuentan con menos ayuda para el cuidado de sus hijos, y la ayuda formal que reciben es en mayor grado farmacológica. Los varones en esta categoría diagnóstica y con baja escolaridad no solicitan ayuda por no saber a dónde acudir y consideran que cuesta mucho (11).

Respecto al uso de los servicios por parte de la población rural, Salgado de Snyder y cols. (21), observaron en mujeres de esta área, la presencia de malestar emocional como la depresión. Sin embargo, la caren-

TABLA 2
Tipo de ayuda que busca cuando tiene problemas de salud mental

Tipo de ayuda	%
Automedicación / remedios caseros	14.8
Familiar / amigo	53.9
Sacerdote / ministro	10
Agente comunitario	0.7
Curandero yerbero	2.2
Dispensario médico	2.8
Psicólogo / psiquiatra	4.5
Servicio médico en un centro de salud	4.6
Servicio de salud mental a población abierta	2.5
Servicio de salud mental a seguridad social	4.9
Centro de salud mental especializado	1.4

Fuente: Medina-Mora y cols., 1992.

cia de servicios especializados en sus comunidades aparece como un factor importante que limita las posibilidades de obtener un tratamiento adecuado. El uso generalizado de servicios alternativos, como la ayuda de amigos, el apoyo del sacerdote y el empleo de remedios caseros aparecen como soluciones viables a sus problemas. Una característica muy particular del grupo de mujeres rurales, es que la interpretación cultural de su padecimiento se atribuye a causas no relacionadas con el problema real que enfrentan y, por lo mismo, la búsqueda de ayuda se lleva a cabo por medio de métodos alternativos. Llama la atención en este estudio, el elevado número de mujeres que solicitaron ayuda en los servicios de salud y que de algún modo les fue negada.

Como se ha hecho patente, las diversas razones como: el desconocimiento, la desconfianza, los trámites prolongados y la insatisfacción con los servicios, hacen que las personas en busca de atención, recurran con frecuencia a ayudas informales, a curanderos y a organismos no gubernamentales. Dos estudios realizados por Mas y Caraveo (12,13) tuvieron por objeto acercarse a la población que elige formas alternativas de tratamiento, en concreto, los llamados médicos Espiritualistas Trinitarios Marianos y los grupos de Neuróticos Anónimos.

En el primer trabajo se entrevistó a 32 personas que asistían a curación a un templo espiritualista en la delegación Xochimilco de la ciudad de México. Se observó que predominaban las mujeres, distribuidas casi por igual en todos los rangos de edad. Los motivos de consulta fueron: dolores en diferentes partes del cuerpo, problemas familiares, problemas físicos y síntomas psicósomáticos, para los cuales recibían como ayuda hierbas, bálsamos y oraciones. Un 54 % de la población fue clasificada por los investigadores como probable "caso" con patología psicológica.

En cuanto a las personas estudiadas en Neuróticos Anónimos, sus historias mostraron con frecuencia (entre el 67 y el 100 %) antecedentes psiquiátricos o de consumo de alcohol y de drogas de los padres y familiares, abandono, golpes y maltrato en la infancia, problemas sexuales, y consumo de alcohol, drogas, delincuencia y prostitución. Las razones por las que

asistían a ese grupo fueron: manifestaciones de inadaptación social –rechazo, aislamiento y soledad– y síntomas emocionales como depresión, ideación suicida, obsesión y ansiedad.

En conclusión, las investigaciones anteriores proporcionan datos muy valiosos sobre los servicios de salud mental respecto a las necesidades y deficiencias de los mismos, así como del uso que de ellos hace la

población. Frente a la nueva crisis económica en que se encuentra el país, en la que se prevé una reducción del gasto social y un incremento de los trastornos emocionales en la población, la investigación en esta área se ve ante un reto enorme, no sólo por tener que evaluar las necesidades de atención y el uso de servicios, sino por tener que proponer nuevas estrategias para enfrentarse a estos graves problemas.

REFERENCIAS

1. AGUILAR-CAB MC, ALVAREZ-LUCAS CH, LEZANA-FERNANDEZ MA, SALVATIERRA-IZABA B, VIVANCO-CEDENO B, MIRANDA-OCAMPO R, CARBAJAL-VIVAS JR: Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. *Salud Pública de México*, 35(6): 550-555, 1993.
2. CARAVEO J, GONZALEZ C, RAMOS L, MENDOZA P: Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 28(5):504-514, 1986.
3. CARAVEO J, MAS-CONDES C: Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32(5):523-531, 1990.
4. DE LA FUENTE R: Semblanza de la salud mental en México. *Salud Pública de México*, 30(6):861-871, 1988.
5. DE LA FUENTE R: Problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo. En: Martínez-Palomo A (ed). *Investigación en Salud: Informe de la Comisión de Investigación para el Desarrollo*. El Colegio Nacional. 229-315, México, 1991.
6. FRENK J: Integración de la prestación de los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 34:85-104, 1992.
7. FUERBRINGER M, FLORES F, ALATRISTE S: Hacia el perfil psicológico del trabajador de la salud (la formación del pensamiento clínico). *Salud Mental*, 10:18-22, 1987.
8. GARCIA A, CARAVEO J: Somatización y trastornos psiquiátricos en el primer nivel de atención médica. *Anales*. 3, VIII Reunión de Investigación. IMP, 102-110, 1993.
9. GATER R, DE-ALMEIDA B, SOUSA E, BARRIENTOS G, CARAVEO J, CHANDRASHEKAR CR, DHADPHALE M, GOLDBERG D AL-KATHIRI AH, MUBBASHAR M, SILHAN K, THONG D, TORRES-GONZALES F, SARTORIUS N: The pathways to psychiatric care: a cross cultural study. *Psychological Medicine*, 21:761-774, 1991.
10. LAGUNA-GARCIA J, FERNANDEZ DE CASTRO J, CORDERA A: Equidad y salud. *Salud Pública de México*, 34:9-15, 1992.
11. LARA MA, MEDINA-MORA ME, SALGADO DE SNYDER VN, ACEVEDO M, DIAZ-PEREZ MJ, VILLATORO J: Diferencias por género en la utilización de servicios para problemas de salud mental: tres estudios. *Revista Latinoamericana de Psicología*. (en prensa).
12. MAS-CONDES C, CARAVEO J: La medicina folklórica un estudio sobre la salud mental. *Revista Interamericana de Psicología*, 25(2):147-160, 1991.
13. MAS C, CARAVEO J: Resultados preliminares del estudio de un grupo de Neuróticos Anónimos. *Anales* 3, VIII Reunión de Investigación. IMP, 180-183, 1993.
14. MARTINEZ P, MEDINA-MORA ME, CAMPILLO C: Evaluación del costo de la utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Mental*, 7(7):63-67, 1984.
15. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales* 2, VII Reunión de Investigación. IMP, 48-55, 1992.
16. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MAS C, EZBAN BM, CARAVEO J, CAMPILLO C, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31:53-61, 1985.
17. NARRO-ROBLES J, GUTIERREZ-AVILA H: Desarrollo de la investigación en salud pública. *Salud Pública de México*, 33(6):605-616, 1991.
18. PADILLA P: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Anales*. II Reunión de Investigación. IMP, 123-138, 1984.
19. PADILLA P, EZBAN BM, MEDINA-MORA ME, MAS C, CAMPILLO C: El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Salud Pública de México*, 26(2):138-145, 1984.
20. RUIZ DE CHAVEZ M: La investigación en servicios de salud y su aplicación. *Salud Pública de México*, 33(6):602-604, 1991.
21. SALGADO DE SNYDER VN, DIAZ-PEREZ MJ, MALDONADO M: Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental*, 18(1):50-55, 1995.