

NECESIDADES DE LA POBLACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

JORGE CARAVEO-ANDUAGA, M.C., M.S.P.,⁽¹⁾ CARMEN MAS-CONDES, PSIC.⁽²⁾

Caraveo-Anduaga J, Mas-Condes C.
Necesidades de la población y desarrollo
de servicios de salud mental.
Salud Publica Mex 1990;32:523-531.

RESUMEN:

En 1988, la Organización Mundial de la Salud (OMS) planteó un programa colaborativo multicéntrico titulado "Los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención". En la primera fase, cada centro colaborador delimitó un área de estudio en la que existirían servicios de psiquiatría y salud mental. Los pacientes que por primera vez acudieron a solicitar atención durante un mes, fueron encuestados para recabar información sobre los siguientes aspectos: a) inicio del episodio actual de enfermedad; b) primera búsqueda de ayuda y subsecuentes, hasta arribar al servicio; c) manifestaciones clínicas presentadas en cada búsqueda de atención; d) tratamientos recibidos; e) tiempo comprendido desde el inicio del padecimiento hasta la primera decisión para buscar ayuda; f) tiempo transcurrido desde ésta hasta que es atendido por el servicio de psiquiatría; g) diagnóstico psiquiátrico. En el presente trabajo se muestran los resultados obtenidos en dos diferentes instituciones: un centro de salud, al que acude población de escasos recursos y el servicio psiquiátrico de una unidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La población atendida en uno y otro centro mostró diferencias, en algunos casos importantes. El lapso entre el inicio del

Caraveo-Anduaga J, Mas-Condes C.
Needs of population and development
of mental health services.
Salud Publica Mex 1990;32:523-531.

ABSTRACT:

In 1988, the World Health Organization (WHO) invited the Mexican Institute of Psychiatry to participate in a multicentric collaborative four year programme including two basic projects. The first, entitiled "Pathway study" for which a geographical area of Mexico city was selected, in which two psychiatric services of different institutions served the population. All new patients seen in a five week period were interviewed by an assistant researcher obtaining information about the following: a) onset of the actual episode of illness; b) the first and subsequent decisions to seek care; c) symptoms presented on each decision; d) treatments offered; e) time elapsed since onset of the disorder until the first decision to seek care; f) time elapsed from the latter until arriving to the psychiatric service and g) psychiatric diagnosis. This report presents the results, comparing both institutions, which differed on the socioeconomic status of the population served, as well as on some of the pathology presented. The time elapsed between the onset of the disorder and the first decision to seek care was different for the disorders and the kind of population. The delay between the first seek of care and the arrival to psychiatric services also showed differences. Strategies for intervention for both

(1) Jefe del Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

(2) Investigadora del Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud.

Fecha de recibido: 26 de abril de 1990 Fecha de aprobado: 12 de julio de 1990

trastorno y la primera búsqueda de atención difirió tanto por patología como por institución. Entre las variables relevantes que pueden incidir en el retraso se encontró la situación económica. Por otra parte, el acceso a la atención especializada también mostró diferencias en una y otra institución: prácticamente fue inmediata en el centro de salud, en tanto que en el IMSS mostró una mediana de 12 semanas para la mayor parte de los trastornos.

Palabras clave: servicios de salud mental, epidemiología, psiquiatría, manejo de atención de pacientes

institutions are discussed as well as the utility of the research model used.

Key words: mental health services, epidemiology, psychiatry, patient care management

Solicitud de sobretiros: Dr. Jorge Caraveo Anduaga. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Antiguo Camino a Xochimilco N° 101. Col. San Lorenzo Huipulco CP 14370. México, D.F.

LOS SERVICIOS DE salud tienen como propósitos comunes: promover la salud; reducir la mortalidad y prevenir la morbilidad (malestar, enfermedad, incapacidad); reducir la gravedad de la morbilidad que no puede prevenirse, abatiéndola al más bajo nivel posible.

La investigación en servicios de salud incluye los siguientes puntos básicos:

- a) Reconocimiento e identificación de la morbilidad.
- b) Aceptación, eficiencia y eficacia de los servicios existentes.
- c) Principios para proveer servicios orientados a la prevención, reducción y control de morbilidad.
- d) Valoración del impacto de los servicios.

Para abordar el primer aspecto se requieren encuestas de muestras representativas de la población, con instrumentos adecuados para detectar "casos" tanto en el ámbito de la comunidad como a nivel de servicios de atención primaria u otras opciones de ayuda presentes en el medio, por ejemplo, curanderos, grupos de autoayuda, etcétera.¹

El segundo punto puede evaluarse, en parte, a través de la demanda de los usuarios mediante:

A) Estudio de pacientes en contacto actual con el servicio:

- 1) diagnósticos, problemas detectados o ambos

- 2) modalidades de atención
- 3) duración media de los tratamientos
- 4) listas de espera
- 5) formas de arribo al servicio.

B) Estudio de pacientes que abandonaron el tratamiento:

- 1) estadísticas descriptivas
- 2) estudios de seguimiento:
 - i) expediente
 - ii) visita a domicilio.

Los dos aspectos restantes pueden abordarse con base en la información recabada en los dos primeros puntos investigados, utilizando diseños evaluativos que incluyan mediciones previas y posteriores a la instrumentación del servicio o modalidades de atención, o ambos.

En 1988, la oms propuso un programa colaborativo multicéntrico titulado "Los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención", al que fue invitado a participar el Instituto Mexicano de Psiquiatría. El proyecto consistió en un programa para ser desarrollado en el lapso de cuatro años que incluyera tanto estudios básicos como optativos, los que podrían efectuarse de acuerdo con las necesidades e intereses de cada centro colaborador. Los objetivos perseguidos eran: fomentar el desarrollo de servicios de salud mental; preparar el terreno para realizar estudios de intervención; constituir una

base de investigación para el desarrollo de nuevos cursos de capacitación y entrenamiento para personal especializado y no especializado; identificar tareas de salud mental que puedan llevar a cabo médicos generales, familiares, enfermeras, curanderos y otro personal, a fin de ayudar a los enfermos mentales y a sus familiares.

En la primera fase cada centro colaborador seleccionó un área de estudio en la que existiesen servicios de psiquiatría y salud mental; un reporte completo del estudio fue preparado para su publicación.² En nuestro caso se eligió una jurisdicción sanitaria localizada en el suroeste de la ciudad, que tiene como cabecera un centro de salud (cs) de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ssa) con servicio de salud mental.

Para los propósitos de la investigación se delimitó como área de estudio a la comprendida por los cinco módulos de atención médica asentados en el cs, la cual cubre una superficie de 19 Km² y una población total estimada en 352 131 habitantes. Un hospital general de zona (HGZ) del IMSS se localiza dentro de los límites del área; presta atención psiquiátrica, tanto a derechohabientes de la unidad de medicina familiar adjunta como a aquéllos que son canalizados por las unidades de medicina familiar a las que el HGZ sirve.

Al incluir a ambas instituciones que prestan atención a diferentes estratos de la población y bajo distintos criterios administrativos, se consideró que se tendría una panorámica más comprensiva de las demandas de la población.

La ruta transitada por los pacientes que requieren atención en los servicios psiquiátricos y de salud mental, así como en otras especialidades, está claramente influenciada por las normas de prestación de servicios. Sin embargo, la prontitud o retraso en la atención de los desórdenes mentales pueden estar condicionados por diversos factores, como: educación de la población para identificar la existencia de problemas, actitudes hacia los desórdenes mentales, disponibilidad de servicios y accesibilidad tanto física como económica a los mismos, detección del trastorno por parte de los médicos generales, patrón sintomatológico de los pacientes, etcétera.³

Este trabajo tuvo como objetivo investigar, en una serie de pacientes referidos a los servicios de psiquiatría, el camino transitado desde el inicio del padecimiento hasta su arribo al servicio, con la finalidad de identificar puntos críticos, susceptibles de ser abordados estratégicamente en la ruta hacia la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó una cédula de encuesta, diseñada por la oms, para entrevistar a todos los pacientes que por primera vez acudieron a los servicios de psiquiatría comprendidos durante un mes (cinco semanas). Todos los pacientes que no hubiesen estado bajo tratamiento en el servicio durante el año previo al estudio, fueron incluidos. Un asistente de investigación aplicó la entrevista antes o inmediatamente después que el personal del servicio atendió al paciente.

Además de las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, área de residencia y estatus socioeconómico definido con base en el ingreso mensual -cuyo promedio se estableció en dos salarios mínimos- se investigaron los siguientes aspectos:

- a) Antecedentes psiquiátricos familiares.
- b) Primera búsqueda de ayuda y subsecuentes hasta arribar al servicio.
- c) Manifestaciones clínicas presentadas en cada búsqueda de atención.
- d) Tratamientos recibidos.
- e) Tiempo transcurrido desde el inicio del padecimiento hasta la primera decisión de buscar ayuda.
- f) Tiempo transcurrido desde ésta hasta ser atendido por el servicio de psiquiatría.
- g) Diagnóstico psiquiátrico.

RESULTADOS

La muestra se integró por 142 pacientes, 66 del cs y 76 del HGZ.

En el cuadro I se presentan las características sociodemográficas de los pacientes. Se observó que es mayor el porcentaje de hombres atendidos en el servicio de psiquiatría del HGZ, aunque no alcanza una diferencia estadísticamente significativa ($Z= 1.34$ NS). De acuerdo al área de residencia, una proporción mayor de pacientes vistos en el cs pertenecían al área de estudio, en comparación con los del HGZ que principalmente provenían de colonias alejadas ($Z= 3.81$ $p < .001$). La distribución por ingreso económico también mostró claras diferencias, entre una y otra población, fue evidente una marcada pobreza en pacientes que acudieron al cs. Por otra parte, las diferencias en el estado civil obedecen a la demanda por grupos etáreos, ya que la población menor de 18 años atendida en el cs representó un 57 por ciento, mientras que en el HGZ fue de 30.3 por ciento.

CUADRO I Características sociodemográficas				
Variables	CS		HGZ	
	F	%	F	%
Sexo				
Masculino	30	45.5	43	56.6
Femenino	36	54.5	33	43.3
Residencia en área de estudio				
Sí	38	57.6	20	26.3
No	28	42.4	56	73.7
Ingreso económico				
Arriba	-	-	24	31.5
Promedio	13	19.7	32	42.1
Abajo	53	80.3	20	26.3
Estado civil				
Soltero	48	72.7	35	46.1
Casado/unión libre	15	22.7	31	40.8
Separado	3	4.6	10	13.1
Grupos etáreos				
0 - 5	8	12.1	7	9.2
6 - 12	23	34.8	10	13.2
13 - 18	7	10.6	6	7.9
19 - 25	5	7.6	10	13.2
26 - 40	17	25.8	23	30.3
41 - 60	5	7.6	16	21.1
61 o +	1	1.5	4	5.3

En cuanto a la primera búsqueda de atención, en el cuadro II se aprecia que la mayor parte de los sujetos acudieron previamente al médico general o a otro servicio. En virtud de que en el CS la población puede acudir directamente al servicio de psiquiatría y salud mental, un porcentaje importante de pacientes en su primera búsqueda de ayuda se presentó al mismo.

La sintomatología que se manifestó en la primera búsqueda de atención fue diversa; no obstante, la ansiedad mostró un porcentaje similar en ambas insti-

CUADRO II Primera decisión para buscar ayuda				
	CS		HGZ	
	F	%	F	%
Médico general	35	53.0	41	53.9
Servicio de psiquiatría	28	42.4	6	7.9
Médico de hospital	-	-	20	26.3
Curandero	1	1.5	2	2.6
Trabajador social	1	1.5	-	-
Sacerdote	1	1.5	-	-
Otros	-	-	6	7.9
Otra disciplina médica	-	-	1	1.3

tuciones, mientras que la depresión, otros síntomas neuróticos y crisis epilépticas resultaron más frecuentes en los derechohabientes del IMSS (cuadro III). Las quejas somáticas fueron más frecuentes en el CS, incluyendo principalmente cefaleas, dolor abdominal, síntomas genitourinarios y otras molestias poco específicas. También en

CUADRO III Problema principal por el que buscaron la primera ayuda en el CS y en el HGZ				
Variables	CS		HGZ	
	F	%	F	%
Relación con ansiedad	9	14	10	13
Relación con depresión	5	8	11	15
Síntomas neuróticos	1	1	12	16
Ataques	-	-	6	8
Comportamiento alterado o violento	11	17	6	8
Síntomas psicóticos	1	1	2	3
Síntomas somáticos	21	32	13	17
Alteración del desarrollo	14	21	3	4

la población infantil las deficiencias en habilidades y en el desarrollo representaron 21 por ciento en comparación con cuatro por ciento en el HGZ.

En cuanto a los tratamientos administrados en la primera búsqueda de atención en pacientes con síntomas de depresión, ansiedad y otras quejas neuróticas, el único hallazgo relevante fue que 13 pacientes atendidos en el HGZ recibieron sedantes, mientras que en el CS no se registró medicación con psicotrópicos en ningún caso (cuadro IV).

En el cuadro V se presenta la frecuencia de sujetos por diagnóstico en ambas instituciones; resaltan las diferencias en los desórdenes de la infancia y adolescencia atendidos en el CS y los casos de abuso de sustancias psicoactivas, incluyendo al alcohol, en el HGZ.

Los antecedentes psiquiátricos en familiares en primero y segundo grado fueron similares para ambos grupos de pacientes; no obstante, se observó una frecuencia mayor de problemas de salud mental en la población que acude al CS (cuadro VI) resaltando la patología en el cónyuge y familiares de éste.

La frecuencia de antecedentes con familiares de primer grado por diagnóstico aparece en el cuadro VII, donde es importante señalar que de 30 pacientes con desórdenes de conducta y desarrollo atendidos en el CS, 17 reportaron un familiar de primer grado con antecedentes y, en el HGZ, de nueve pacientes con desórdenes de conducta en infancia y adolescencia siete también reportaron antecedentes. Por otra parte, en trastornos afectivos la frecuencia de

estos antecedentes fue similar en una y otra población.

Por último, en el cuadro VIII se muestra la mediana de semanas transcurridas entre el inicio del padecimiento y la primera búsqueda de ayuda, donde resalta una gran diferencia entre una y otra población atendida, siendo mayor el retraso en los sujetos que acuden al CS. Sin embargo, la mediana de retraso desde la primera búsqueda de atención hasta el arribo al servicio de psiquiatría fue mas alta en el HGZ, donde la mayor parte de los pacientes reportaron entre 12 y 16 semanas de retraso para ser atendidos por el especialista. De esta manera, las medianas de retraso en la atención de las diferentes condiciones presentadas por los pacientes se asemejan al considerarlas desde el inicio del padecimiento hasta que es recibido en el servicio de psiquiatría.

DISCUSIÓN

En primer término, es importante resaltar la sencillez del modelo de estudio que se utilizó, el cual puede realizarse en un mes con un mínimo de recursos, generando información acerca del camino seguido por pacientes con trastornos psiquiátricos y psicológicos en busca de atención. Los datos obtenidos corresponden a pacientes que solicitaron consulta de psiquiatría y salud mental; esto es, de aquellos sujetos que entraron en contacto con el servicio. Este enfoque permite establecer un punto de partida en el estudio evaluativo de los servicios con miras a su desarrollo, a diferencia de los enfoques operacionales

CUADRO IV
Tratamiento principal y sintomatología referida en la primera búsqueda de atención

Tratamiento	Relación con depresión				Relación con ansiedad				Otros síntomas neuróticos			
	CS		HGZ		CS		HGZ		CS		HGZ	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguno	-	-	-	-	2	3.0	2	2.6	1	1.5	3	4.0
Para enfermedad física	-	-	-	-	2	3.0	2	2.6	-	-	2	2.6
Curación ritual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.3
Otros medicamentos	-	-	-	-	1	1.5	-	-	-	-	1	1.3
Pastillas nervios	-	-	1	1.3	-	-	1	1.3	-	-	-	-
Sedantes	-	-	7	9.2	-	-	4	5.2	-	-	-	-

CUADRO V
Distribución por diagnóstico (ICD-10)

Diagnósticos	CS = 65		HGZ = 73	
	F	%	F	%
Orgánico	3	4.6	8	11.0
Sustancias psicoactivas	1	1.5	7	9.6*
Psicosis	-	-	3	4.1
Trastornos afectivos	10	15.4	13	17.8
Neurosis, estrés y somatoformes	13	20.0	19	26.0
Disfunción fisiológica asociada a trastornos mentales	3	4.6	2	2.7
Personalidad y conducta	2	3.1	1	1.4
Retardo mental	3	4.6	1	1.4
Trastorno del desarrollo	10	15.4	6	8.2
Desórdenes infantiles y en la adolescencia	20	30.8	9	12.3**
Epilepsia	-	-	4	5.5

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

CUADRO VI
Distribución de antecedentes psiquiátricos familiares

Parentesco	CS		HGZ	
	F	%	F	%
Primer grado (padres, hijos, hermanos)	27	41.0	30	39.4
Segundo grado (tíos, primos)	3	4.5	3	4.0
Tercer grado (abuelos y parientes lejanos)	1	1.5	-	-
Parientes afines o políticos (suegro, cuñado)	4	6.0	-	-
Cónyuge	8	12.0	-	-
Sin antecedentes	23	35.0	43	56.5*
Total	66	100.0	76	100.0

* $Z = 2.05$ $p \leq 0.04$

CUADRO VII

Antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado por diagnóstico

Diagnósticos	CS		HGZ	
	F	%	F	%
Desórdenes de conducta	13	20.0	7	9.2
Somatización, neurosis	5	7.5	10	13.1
Desórdenes del desarrollo	4	6.0	-	-
Trastornos afectivos	3	4.5	5	6.5
Sustancias psicoactivas	1	1.5	4	5.2
Disfunción fisiológica asociada a trastornos mentales	1	1.5	-	-
Epilepsia	-	-	1	1.3
Orgánico	-	-	2	2.6
Anormalidades de la personalidad	-	-	1	1.3
Total	27	41.0	30	39.2

CUADRO VIII

Medianas de retraso en la atención por diagnóstico (en semanas)

Diagnóstico	*		**		***	
	CS	HGZ	CS	HGZ	CS	HGZ
	M	M	M	M	M	M
Orgánico	52	23	0	3	52	34
Sustancias psicoactivas	-	43	-	2	-	51
Psicosis	-	24	-	12	-	52
Trastornos afectivos	21.5	6	0	12	21.5	30
Neurosis, estrés y somatoformes	28	12	2	13	48	52
Disfunciones fisiológicas asociadas a trastornos mentales	97	430	0	64	104	494
Anormalidades de la personalidad y conducta	-	52	-	156	-	208
Retardo mental	467	1	1	4	468	5
Trastornos del desarrollo	77	40	0.5	14.5	78	75
Desórdenes emocionales y de conducta en la infancia y adolescencia	52	8	0	16	52	104
Epilepsia	-	75.5	-	5.5	-	78

* Desde el inicio del padecimiento actual hasta que buscó atención.

** Desde la primera vez que buscó ayuda hasta que llegó al servicio de salud mental.

*** Total, desde el inicio del padecimiento hasta que llegó al servicio de salud mental.

sólo con base en estadísticas descriptivas como el número de consultas otorgadas.

Así, los resultados apuntan al problema de la accesibilidad. Esta se ha definido en diversas formas, pero seleccionamos la de Frenk:⁴ "Accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y los de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención". Siguiendo a este autor, el problema analítico se expresaría en la siguiente pregunta: ¿qué características o circunstancias obstaculizan la búsqueda y obtención del servicio?

Los obstáculos se clasifican en diferentes tipos: ecológicos, que incluyen distancia y tiempo de transporte; financieros y organizativos. Estos últimos se subdividen en obstáculos a la entrada y al interior de un establecimiento de salud.

De los resultados apreciamos que la problemática es diferente en cada institución. En el cs el lapso entre la primera manifestación de un desorden y la primera búsqueda de ayuda fue considerablemente mayor que en la población atendida por el sistema de seguridad social (IMSS). Además, una gran parte de la demanda correspondió a menores de 18 años, con tipos de morbilidad en los que una detección temprana y un tratamiento oportuno evitarían un sinnúmero de incapacidades y repercusiones negativas en los sujetos afectados. Al respecto, también es importante resaltar que la atención del tipo de morbilidad reportada no recae por completo en el personal médico, sino en profesionales del campo de la educación y psicología, por lo que un programa para atender esta situación no sólo requeriría actividades en el área de educación a la población, sino también disponibilidad de recursos humanos interdisciplinarios adecuados al tratamiento integral de estas afecciones, considerando de manera enfática la formación de grupos de autoayuda. La magnitud e importancia del problema se señaló en publicaciones anteriores^{1,5-7} e insistimos aquí en ello por considerarlo un problema de salud pública, ya que los sujetos afectados están en mayor riesgo de presentar, a la larga, otras patologías como las adicciones y trastornos en su adaptación a la sociedad.

Retomando el análisis de los obstáculos en relación con la primera búsqueda de atención, es necesario contemplar el aspecto financiero, ya que el 80 por ciento de la población atendida en el cs informó un ingreso menor de dos salarios mínimos, no encontrándose ningún caso por arriba de esa norma. A esto se encuentra asociado implícitamente el nivel educativo, que si bien no se

exploró para fines del estudio, tampoco puede ignorarse como factor que influye en la identificación y búsqueda de ayuda. De esta manera, se delimita que en el retraso observado también incide el obstáculo financiero, que en los derechohabientes del IMSS no puede considerarse como tal, así como la educación para la salud, ya citada, y el nivel educativo en general de la población atendida por cada institución.

De una u otra forma, los hallazgos de este trabajo señalan la necesidad de estudiar este aspecto para cumplir con el objetivo de una detección oportuna de la morbilidad que no puede ser prevenida.

En relación al obstáculo distancia/transporte, en el cs se apreció que los pacientes que emplearon más de una hora para su traslado mostraron una dilación mayor en la primera búsqueda de atención que aquéllos que requieren de menos tiempo para acudir al Centro.² Para la población del HGZ estos datos aún no han sido computados pero, como se mostró en el cuadro I, la mayor parte de los pacientes provenían de otras clínicas, distantes del hospital, pudiendo esto influir en parte en el retraso observado entre la primera búsqueda de ayuda y su arribo al servicio de psiquiatría.

Llegamos así al obstáculo organizativo del que sólo señalaremos lo relativo al interior del establecimiento de salud, ya que la entrada está claramente definida por la pertenencia o no al sistema de seguridad social.

Aquí nuevamente se encontraron ostensibles diferencias en el retraso; mientras que en el cs la dilación para ser visto el paciente por el servicio de psiquiatría fue mínima, independientemente del tipo de problema, en el HGZ la mediana fue de 12 semanas (3 meses). Solamente en los problemas de abuso de sustancias psicoactivas y en los trastornos orgánicos los pacientes fueron recibidos por el servicio de psiquiatría en breve tiempo. Surge entonces la problemática de la identificación de la naturaleza del objeto de demanda presentada por los pacientes ante el médico familiar, ya que éste es el filtro que, en gran medida, determina su pase al servicio de especialidad. El problema principal por el que buscó la primera ayuda el 60 por ciento de los pacientes obedeció a quejas relacionadas con los desórdenes afectivos y de la conducta; de estos sólo el 28 por ciento (ocho sujetos con síntomas depresivos y cinco con ansiedad) recibieron medicación a base de sedantes. Esto señala que en la mayor parte de los pacientes con quejas depresivas, ocho de once, se identificó un problema "nervioso", pero el manejo farmacológico fue inadecuado.

De los 10 pacientes cuya queja estuvo relacionada con ansiedad, cinco recibieron sedantes, al resto no se le dio tratamiento o éste fue para un padecimiento físico.

El predominio en el uso de medicación sedante y escaso empleo de antidepresivos por médicos generales fue también una pauta observada en los otros países en desarrollo que tomaron parte en el estudio colaborativo de la oms.² De aquí que surja una indicación para entrenamiento en el reconocimiento y manejo de desórdenes afectivos que, como se ha documentado en otros estudios^{1,8,9} y se ha apreciado en éste, son los trastornos psiquiátricos más frecuentes presentados por la población adulta que acude a la práctica médica general.

Ahora bien, podría argumentarse que el retraso en la atención en el servicio de psiquiatría podría ser por saturación en la lista de espera; sin embargo, no fue éste el caso.

Un último comentario se refiere a la presencia de antecedentes psiquiátricos, que para la población atendida en el cs fue mayor. El hallazgo de patología en el seno familiar resalta la importancia de un enfoque e intervención a nivel del sistema familia y no sólo a nivel individual.

Para concluir enfatizamos la sencillez y economía del modelo de estudio utilizado, cuyos datos permiten reali-

zar una evaluación para el desarrollo de los servicios. Las tareas principales evidenciadas por el estudio recaen, por una parte, en la educación a la población respecto a los problemas de salud mental para su reconocimiento oportuno y, por la otra, en la capacitación para el diagnóstico y manejo de estas patologías a nivel de los médicos familiares.

Finalmente, es preciso realizar otros estudios a fin de investigar acuciosamente el problema de accesibilidad e, íntimamente ligado a esto, las formas alternativas en que la población afronta estos problemas de salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al doctor Gabriel Heredia, ex director del Centro de Salud "Dr. Manuel Escontría" y ex director de la Jurisdicción Sanitaria Alvaro Obregón; así como al doctor Demetrio Leyva Grau, ex director de la Clínica Hospital No. 8 del IMSS, las facilidades que otorgaron para la realización del estudio. Asimismo, agradecemos al doctor Ignacio Cervantes, médico psiquiatra del Centro de Salud mencionado; y a los doctores Leopoldo Zárate y Sergio Hernández, adscritos a la clínica del IMSS ya aludida, por su cooperación y observaciones aportadas durante el desarrollo de este estudio.

REFERENCIAS

1. Caraveo A J, González FC, Ramos LL, Mendoza BP. Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Publica Mex* 1986;28(5):504-514.
2. Gater R, De Almeida e Sousa B, Caraveo A J, Chadrashkar CR, Dhaáphale M, Goldberg DP, Al Kathiri AH, De Lano GB, Mubbashar M, Silhank Thong D; Torres F, Sartorius N. The pathways to psychiatric care: a cross cultural study, 1990 (en preparación).
3. Goldberg DP, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. London and New York: Tavistock Publications, 1980.
4. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex* 1985;27(5):483-453.
5. Zimerman R, Báez AM, Vargas AJ. Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en centros de salud mental del Valle de México. *Salud Mental* 1981;4(4):14-18.
6. Gutiérrez JH, Tovar H. La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Publica Mex* 1984;26(5):464-483.
7. Gutiérrez JH, Barilar RE. Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la Ciudad de México. *Bol Of Sanit Panam* 1986;101(6):648-657.
8. Caraveo A J, Ramos LL, González FC. Características clínicas de los pacientes en la práctica médica general. *Memorias IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1988:287-293.
9. Padilla GP, Peláez O. Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental* 1985;8(3):66-72.