

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA

**Análisis de las acciones en materia de salud mental
implementadas por el gobierno de México antes,
durante y después de la emergencia sanitaria de
COVID-19.**

TRABAJO TERMINAL

Que para obtener el título de
**LICENCIADO Y POLÍTICA Y
GESTIÓN SOCIAL**

P R E S E N T A (N)

CEDILLO PÉREZ EMILIO

BAEZ CASTELLANOS GERARDO

ASESORA DEL TRABAJO TERMINAL

DRA.VEGA TORRES MARIA ELENA



Ciudad de México

Mayo, 2024

Agradecimientos por parte de Emilio Cedillo Pérez

A mi madre, María, gracias por brindarme tu tiempo en este proceso, por escuchar tanto de mis ideas, así como de mis sueños, por escucharme cuando creí que no podría más, así como darme ánimos para continuar adelante, gracias por siempre estar cuando más lo necesite y gracias por cuidar siempre de mi bienestar físico y mental.

A mi padre, Eduardo, te agradezco por confiar en mí sobre mis decisiones sobre la universidad. He comenzado a notar cosas que no había visto antes, o que quizá las haya visto y por alguna razón no estaba poniendo atención. Gracias, padre por brindarme tu apoyo en los aspectos que estuvieron a tu alcance para que yo pudiese terminar de manera satisfactoria este trabajo terminal.

A mi hermana Lilian, gracias por hacer mis días más amenos, por preocuparte siempre por mis estudios y la culminación de estos. A pesar de las adversidades, te agradezco y te dejo este trabajo como parte tuya, es tuyo también.

A mi abuelita, Herlinda, que a pesar de no encontrarse más en este mundo terrenal siempre confió en mis posibilidades, me dio ánimos para seguir adelante y no rendirme. Me hubiese gustado que estuviese presente para presenciar esto, sin embargo, sé que de alguna manera me mandó apoyo en las personas más cercanas a mí para seguir adelante. Donde quiera que esté, le mando un fuerte abrazo. La extraño.

A mis cuatro perros, parte esencial para la culminación del presente trabajo, Negro, Chiquita, Candy y especialmente a Pelusa, mi Pelusa, quien estuvo en las noches para la realización de este trabajo y en las mismas noches que creía no poder más y que con su partida me inclinó a reafirmar mis estudios sobre la importancia de las políticas salud mental.

A Daniela, gracias por creer en mi potencial para poder realizar este trabajo, por escuchar mis ideas, mis quejas y mis inquietudes, pues sé que fue algo pesado y un proceso bastante delicado, estuviste presente y fuiste parte esencial para la culminación de este proceso. Con mucho cariño, te doy las gracias.

Y, por último, pero no menos importante, a mi compañero de tesis y amigo, Gerardo. Gracias por tu amistad y por aceptar trabajar conmigo, sin duda este trabajo resultó de la mejor manera gracias a nuestro trabajo en conjunto.

Agradecimientos por parte de Gerardo Baez Castellanos.

A mis padres, Martha Angélica Castellanos Hernández y Gerardo Báez Sánchez, no me encontraría en este punto de no haber recibido su apoyo incondicional, sin que ustedes no me hayan brindado las herramientas necesarias para seguir avanzando, les agradezco por inculcarme los valores que me han estado forjando como persona durante todo mi trayecto académico, por brindarme su amor y comprensión, y por creer en mí, incluso cuando yo no lo hacía.

A mis hermanas, Angélica Báez Castellanos e Isabel Báez Castellanos, no soy el mejor hermano, y las palabras no me alcanzaran para externarles lo mucho que las quiero, reconozco no ser el mejor hermano, pero agradezco que siempre me han hecho sentir especial y muy querido. Gracias por sostener mi mano cuando estaba a punto de darme por vencido, por darme valor cada vez que tenía miedo y por inspirarme a lograr cosas que creí nunca poder alcanzar.

A mis mejores amigos, Wendy Aquetzali Jacinto Fernández, Emilio Cedillo Pérez, Maximiliano Escárcega Martínez y Alexis Gómez Domínguez por influir en mi persona de manera positiva, por brindarme su confianza y por sacarme de mi zona de confort.

A mis abuelitos, Gabriela Sánchez Armas, María del Carmen Hernández Labrada y Rafael Castellanos Castellanos. La vida no nos permitió poder compartir este momento juntos, pero desde donde estén, quiero que sepan que todo lo bueno que llegue a hacer será dedicado a ustedes, porque gracias a ustedes inició nuestra familia.

A mis mascotas, Preciosa y Laika. Sus pequeños cuerpecitos no limitan todo el amor que me han dado; definitivamente no las merezco, pero aun así agradezco poderlas tener en mi vida.

Familia y amigos, no esperaba llegar tan lejos, pero lo logramos, y estoy convencido de que no habría sido posible sin ustedes.

Agradecimientos en conjunto.

En primer aspecto, queremos agradecer a nuestra institución universitaria, la UAM, por darnos la oportunidad de aprender, descubrir y experimentar la educación desde el punto de vista del sistema modular, que, a pesar de sus grandes diferencias con el sistema tradicional, nos ayudó a tener una perspectiva científica y de interés social. De este modo pudimos culminar el presente trabajo con bastantes retos y críticas sobre el sistema actual.

Por otra parte, un grato agradecimiento a la Dra. María Elena Vega por aceptar nuestra solicitud para formar parte del presente trabajo y poder asesorarnos en el trayecto de este, le agradecemos su tiempo y corregirnos cuando pareciese que nuestro camino en estas vías conocidas como la “vida” pareciese ir en dirección contraria a los intereses deseados. Gracias por su compañía y por su tiempo.

Y, por último, pero no menos importante, a nuestros amigos, quienes formaron parte de nuestro trayecto en este ciclo escolar, así como parte del proceso para la culminación del presente trabajo. Luis Alberto Iniesta, Miguel Reyes, Harold Rojas, Daniela Enciso, Fernanda Martínez.

Todos nuestros amigos fueron parte esencial, sin embargo, queremos hacer una mención especial a una persona en particular que formó parte imprescindible en este proceso, así como fuera de este. Gracias a Sarahí Alcántara por brindarnos su amistad y apoyo, pues gracias a ti hemos logrado sostenernos de la mejor manera en este camino. Con mucho cariño, te dedicamos una parte de este trabajo.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
1. Las Políticas Públicas.....	10
1.1. <i>Perspectivas sobre el concepto de políticas públicas por diferentes autores.....</i>	11
1.2 <i>¿Qué son las políticas públicas?.....</i>	14
1.3. <i>Las políticas públicas en México.....</i>	17
1.4. <i>La importancia de las políticas públicas con respecto a la salud mental...20</i>	
1.5. <i>Proceso para la elaboración de una política pública.....</i>	23
2. Marco Conceptual-Sobre enfermedades mentales e instancias dedicadas al tratamiento de la salud mental.....	35
3. Marco Histórico: Antecedentes de la atención a la Salud Mental en México...39	
3.1. <i>La época colonial de 1566. Los inicios de un sistema de salud dedicado a los malestares mentales.....</i>	41
3.2. <i>La época del porfiriato. Los cimientos que colocaron a la salud mental en lo que tenemos actualmente.....</i>	44
3.3. <i>México Contemporáneo. Los inicios de las reformas médicas y el enfoque de la salud mental.....</i>	47
3.4. <i>Transición política y los desafíos de la salud mental.....</i>	54
3.4.1. <i>Vicente Fox Quesada (2000-2006).....</i>	54
3.4.2. <i>Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012).....</i>	58
3.4.3. <i>Enrique Peña Nieto (2012-2018).....</i>	65
3.4.4. <i>Las organizaciones internacionales y la salud mental en México.....</i>	68
3.4.5 <i>El periodo de la “4T” y la emergencia sanitaria de COVID-19.....</i>	73

4. Experiencias Internacionales.....	75
4.1. Perú.....	75
4.2.	
Uruguay.....	79
4.3	
Brasil.....	84
4.4.	
Chile.....	87
4.5. <i>Tabla comparativa con respecto a las acciones implementas en materia de salud mental, antes, durante y después de la emergencia sanitaria de COVID-19.....</i>	89
5. Metodología: Para el desarrollo de la investigación	94
6. Análisis de las políticas en materia de salud mental a raíz de la emergencia sanitaria de COVID-19.....	99
6.1. <i>Comparación de análisis de los programas específicos de salud mental (2013-2018) y de salud mental y adicciones (2020-2024)...</i>	99
6.1.1. <i>¿Por qué comparar estos programas?.....</i>	100
6.1.2. <i>¿De qué manera vamos a comparar estos programas?.....</i>	101
6.1.3. <i>Comparación entre el Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018) y el del Programa de Acción Especifico en Salud Mental y Adicciones (2020-2024).....</i>	101
6.1.4. <i>Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024....</i>	111
6.1.5. <i>Modelos de atención del sector salud y las reformas.....</i>	116
6.1.6. <i>Reformas implementadas a la ley general de salud durante el último proceso en curso para el tratamiento de la salud mental en México.....</i>	120
6.2. <i>Enfermedades/trastornos mentales más comunes detectados en México durante la pandemia por COVID-19.....</i>	121

<i>6.3 Análisis de la percepción del gobierno: ¿por qué relacionar la salud mental con las adicciones?</i>	125
Conclusión.....	140
Bibliografía.....	148

RESUMEN.

La salud mental en México es un problema de gran magnitud que ha cobrado relevancia en los últimos años, sin embargo, ello no siempre ha sido así, debido a la indiferencia de la sociedad y las autoridades. Según datos de 2019, se estima que más del 30% de la población mexicana experimentará un problema de salud mental en algún momento de su vida, y el 79% no recibe atención oportuna. (N+, 2023). Además, se estima que al menos 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y más de 400 mil son adictos a psicotrópicos. (G.R.Bravo, 2021)

Con la llegada de la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020, la situación de la salud mental se agravó aún más. El entonces subsecretario de Salud, Hugo López Gatell, reconoció la deficiencia en los servicios de salud mental y adicciones y señaló que la pandemia probablemente agravaría los casos existentes de trastornos mentales.

La pandemia desencadenó eventos estresantes como el miedo al contagio, la incertidumbre, la xenofobia, la exposición excesiva a los medios (infodemia), el pánico a la muerte y el temor al fallecimiento de seres cercanos, entre otros. Esto activó mecanismos adaptativos como la resiliencia y el afrontamiento positivo, pero también mecanismos desadaptativos como trastornos de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, consumo excesivo de alcohol, tabaco y suicidio.

La salud mental ha pasado de ser un tema tabú a uno más común en la actualidad, y la sociedad ha logrado concientizar sobre la importancia del cuidado de la salud mental. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para mejorar la atención de la salud mental en México, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Palabras Clave: Acciones. Gobierno. Salud Mental. COVID-19. Programa de Acción Especifico Salud Mental y Adicciones. Acciones Públicas. CONADIC. CONASAMA. STCONSAME. SAP. Adicciones. Ansiedad. Depresión.

INTRODUCCIÓN.

En México, un problema de gran magnitud, así como de importancia es el de la salud mental en México, problema que anteriormente era tratado con indiferencia por parte de la sociedad y de las mismas autoridades (esto hasta la llegada de la pandemia por COVID-19), la situación sobre la salud mental antes y durante la emergencia sanitaria de COVID 19 revela con datos obtenidos del año 2019, que más del 30 por ciento de la población del país en un momento de su vida tendrá un problema de salud mental, y el 79 por ciento no recibía atención de manera oportuna (N+, 2023). Ya que “Sólo dos de cada 10 personas con un problema de salud mental reciben una atención”, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica ENEP (Peralta, 2022), y una persona con un trastorno mental visita cinco médicos antes de ver a un psiquiatra, de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana APM (Martínez, 2019). Además, se estima que al menos 3 millones de personas son adictas al alcohol y 13 millones son fumadores, así como la existencia de más de 400 mil adictos a psicotrópicos, lo que dificulta la situación en nuestro país.

A finales de marzo de 2020, el Gobierno Federal decretó el inicio de la emergencia sanitaria por COVID 19. El 26 de julio de 2020 el entonces subsecretario de Salud, Hugo López Gatell empezó a informar en materia de salud mental los avances que esta estaba teniendo en relación con la emergencia sanitaria.

Es así como mencionó, que la situación era “algo que no se le olvidaba”, pues desde que se arrancó el sexenio existe una consciencia y aceptan que existe “Un olvido muy grande, son conscientes del servicio deficiente en materia salud mental y adicciones”. Además, señaló que la pandemia de COVID-19 seguramente agravaría los casos ya existentes de trastornos mentales, los cuales destacan los trastornos depresivos, ansiosos y de adicciones.

Además, resaltó la consciencia acerca de la fragmentación del sector salud mental, pues no hay una relación estrecha con la Dirección General de Servicios de Atención Psiquiátrica, así como el abandono durante 22 años del Consejo Nacional de Salud Mental, se considera así por el hecho de que no tenía funciones

efectivas en su operación. Sin embargo, mencionó que, a pesar de los desafíos, se pretende trabajar en conjunto con el Instituto Nacional de Psiquiatría, así como la Comisión Nacional de Adicciones que junto con los organismos anteriores se pretende crear un “trabajo en conjunto” y poner en marcha la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (Gatell, 2020)

El coronavirus fue un evento masivo que agudizó los problemas mentales que la población padecía (Hernández, 2020). La emergencia sanitaria por COVID-19 empezó por desencadenar eventos estresantes tales como miedo al contagio, incertidumbre por la afectación de la enfermedad y de las finanzas personales, xenofobia, excesiva exposición a medios (infodemia), pánico a la muerte y temor al fallecimiento de seres cercanos, entre otros. Es así, que siguiendo las palabras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el no abordar de forma pertinente y oportuna el impacto de la pandemia sobre la salud mental, derivaría en una crisis con dimensiones incontrolables.

Se ha puesto en evidencia el impacto que la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental: por un lado, activa mecanismos adaptativos como la resiliencia y el afrontamiento positivo y, por el otro, pone en marcha mecanismos desadaptativos como trastornos de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, consumo excesivo de alcohol, tabaco y suicidio.

La salud mental como temática ha resultado atractiva a tratar por enfoques sociales como en la psicología, pues la misma ha pasado de ser un tema tabú a uno más común en la actualidad, ello derivado de que, sin importar tu edad, género, religión, entre otros aspectos personales, la sociedad ha logrado concientizar sobre la importancia del cuidado de la misma.

Si queremos saber más sobre la temática, además de su multiplicidad de variantes y aristas, encontraremos una gran cantidad de material bibliográfico que aborde los mismos, no obstante, pese a que el mismo material fue desarrollado por diversos autores, en diferentes lugares, el material que solemos encontrar suele tratar la salud mental desde el enfoque psicológico, ello resulta evidente, pues en sí, es temática de la materia.

No obstante, quienes hemos realizado el presente trabajo terminal, abordamos la temática desde una perspectiva de la política pública, puesto a que son pocos los trabajos realizados bajo el mismo punto de referencia. Los mismos se han caracterizado por exponer y analizar los resultados que han obtenido los programas especializados en tratar la salud mental, creados por el gobierno, presentando estadísticas, así como la existencia de estudios alrededor del mundo han puesto en evidencia el impacto que la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental: por un lado, activa mecanismos adaptativos como la resiliencia y el afrontamiento positivo y, por el otro, pone en marcha mecanismos des adaptativos como trastornos de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, consumo excesivo de alcohol, tabaco y suicidio (Rodríguez, 2020), al igual que la opinión de personas que participaron en encuestas, siendo de gran utilidad pues podemos tomarlos como referencia para dar paso con la elaboración de nuestro trabajo.

La política es fundamental en todo aspecto social, y muestra de ello es el enfoque que hemos seleccionado. El tema de la salud ha pasado por diversas modificaciones a lo largo de los años, por consiguiente, ha dejado de ser un tema que le competa de manera exclusiva al área médica, pues al menos desde las últimas dos décadas, tanto las ciencias sociales, así como las económicas han encontrado diversos puntos de inflexión en común desde distintitos tipos de experiencias (Ángeles y González, 2008)

Es por ello que pudimos detectar que esta temática podía ser tratado bajo otro enfoque, en este caso será el de materia política, como hemos mencionado anteriormente, la salud en general ha sido un tema en donde las ciencias sociales y en este caso las ciencias políticas han tenido diversos abordajes durante los últimos años, sin embargo estos estudios solo se basan en datos de orden demográfico, ya sean la morbilidad o mortalidad, de cierta manera esto ha limitado las posibilidades que se tienen para confrontar y discutir los problemas de la salud mental desde otras perspectivas. (Ángeles y González, 2008).

A raíz de la pandemia por COVID-19, la salud mental comenzó a ser incorporada por la sociedad como un tema común luego de demostrar que esta se puede ver vulnerada en individuos de todas las edades, géneros y religiones existentes, y siendo ya un problema reconocido por la mayoría, nos cuestionamos ¿que hizo el gobierno al respecto? ¿Su actuar fue inmediato? ¿Qué importancia le dio a tratar esta problemática? bastantes preguntas nos surgieron, y conforme a lo que aprendimos, podemos resaltar que los conocimientos que aplicamos para la elaboración de nuestro trabajo terminal son: Capacidad de identificar problemas tanto políticos como sociales que requieren de la acción pública (4to, 5to, 6to, 7o trimestre); analizar la forma de actuar del gobierno desde diversos enfoques (8o, 9no, 10o trimestre).

Sin embargo, no pretendemos hacer una copia de otros trabajos, lo que buscamos es presentar un nuevo tema, y tras analizar y comparar las ideas, enfoques e investigaciones anteriormente realizadas por otros autores, hemos podido determinar que la temática que propondremos será: El análisis de las acciones en salud mental implementadas por el gobierno federal antes, durante y después de la emergencia sanitaria de COVID-19 (2018-2024).

¿Por qué hemos seleccionado esta temática? Bien, en nuestro país, la salud mental presenta distintos desafíos en su atención, a pesar de la existencia de diferentes programas públicos (mismos que no tienen la suficiente evidencia), el acceso a los mismos servicios de salud se ha destacado históricamente por no ser equitativo, las diversas situaciones de desigualdad que México ha enfrentado han afectado la manera en la que actúan estos servicios frente a la población. Con la llegada de la emergencia sanitaria de COVID-19 la salud mental se ha centralizado como un tema de importancia a nivel mundial debido al aumento constante de condiciones mentales que han afectado la calidad de vida de la población, por lo tanto, lo que pretendemos averiguar es si el gobierno federal actuó de manera efectiva y de qué manera reaccionó a los crecientes casos de trastornos mentales debido a la COVID-19.

Para la elaboración de este trabajo hemos recopilado diferentes estudios con temáticas similares que pueden ser de apoyo para lo que pretendemos investigar, por lo tanto, creemos pertinente mencionar los siguientes trabajos que nos servirán como punto de partida, a su vez, con los mismos pretendemos esclarecer que no haremos una réplica de otros trabajos, no obstante, es importante mencionarlos aquí por su relación con el problema que nos planteamos.

1. **Rosado, A. (2023):** La política pública de salud mental en México: análisis de la formulación del programa de acción específico de salud mental y adicciones, 2020-2024

Este trabajo se centra en la política pública de salud mental en México, específicamente en la formulación del programa de acción específico de salud mental y adicciones para el periodo 2020-2024. El autor analiza cómo se han estructurado y formulado las bases de operación de los programas implementados por el gobierno, y señala que las cifras obtenidas por estos programas carecen de claridad.

2. **Díaz, L. (2021):** Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por covid-19 en México.

Este artículo se enfoca en la gobernanza centralizada en el sistema de salud durante la pandemia por COVID-19 en México. Nos ayuda a visualizar el tipo de atención que daba el gobierno hacia los problemas derivados por el COVID-19, incluyendo los problemas de salud mental.

3. **Palacios, N. (2022):** Salud Mental: relevancia del problema, estrategias y retos que afrontar en el IMSS.

Este trabajo destaca la relevancia del problema de la salud mental y los retos que enfrenta el IMSS. Nos sirve como referencia para entender cómo se ha abordado este problema en una institución pública específica.

4. **Rodríguez, L. (2021):** Metodología de Análisis de emociones para identificar riesgo de cometer suicidio generado por el COVID-19.

Este artículo propone una metodología para analizar emociones e identificar riesgos de suicidio generados por el COVID-19. Aunque la propuesta no ha sido autorizada por el gobierno, nos da una idea de las posibles soluciones que se están explorando para enfrentar este problema.

5. Valdez, S. (2021): Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México.

Este trabajo realiza un análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. Nos ayuda a entender las acciones implementadas por el gobierno para tratar el suicidio y su impacto.

6. Gómez, J. (2023): Determinantes sociales asociados con ideación suicida durante la pandemia por covid-19 en México

Este artículo explora los determinantes sociales asociados con la ideación suicida durante la pandemia por COVID-19 en México. Aunque no pretendemos ahondar en la relación de los determinantes sociales con las enfermedades de salud mental seleccionadas, nos sirve para complementar el contexto.

7. Sotelo, G. (2023): Controversias entre los estándares de salud mental y de discapacidad en México.

Este trabajo expone las controversias entre los estándares de salud mental y de discapacidad en México. Nos ayuda a ver lo que no se ha hecho en términos de atención a la salud mental desde un enfoque psicológico

8. López, M. (2022). Salud mental en México: análisis de diseño del programa de acción en específico salud mental y adicciones 2020-2024.

Es este trabajo terminal se realiza una evaluación de diseño de un programa específico relacionado con enfermedades mentales. Aunque el enfoque del autor es sólido y se alinea con lo que se ha aprendido durante la licenciatura, se aclara que el objetivo no es centrarse en un solo programa o en la amplia gama de enfermedades mentales existentes. La tesis es útil para entender

cómo se pueden aplicar los conocimientos adquiridos en diferentes cursos en un solo trabajo, pero no se pretende adoptar el mismo enfoque para el trabajo actual.

Retomando la presente investigación, ésta buscó responder la siguiente pregunta: ¿Qué acciones implementó el gobierno de México en materia de salud mental a la población mexicana, antes, durante y después de la emergencia sanitaria de COVID-19 (2018-2024)? Además, se tiene por objetivo general: Identificar las acciones y cambios en materia de salud mental que el gobierno realizó a través de los programas: El Programa Sectorial de Salud Mental (2013-2018) y El Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024) Los objetivos secundarios son: Explicar la transición al modelo de atención primaria propuesto por El Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024) y Analizar la relación entre salud mental y adicciones. La unidad de análisis que se usó para este trabajo terminal fue: Las acciones implementadas por el Programa de Acción Especifico Salud Mental y Adicciones: Pre, durante y post pandemia. Y la unidad de observación fueron: El Programa de Acción Especifico Salud Mental (2013-2018) y Programa de Acción Especifico Salud Mental y Adicciones (2020-2024).

La metodología que se utilizó fue una combinación de metodología analítica, cualitativa y descriptiva, en donde el tipo de estudio que se utilizó fue retrospectivo empleando fuentes como artículos científicos, investigaciones previas al tema, documentales y libros; utilizando pensamiento objetivo, lo cual nos ayudó a realizar análisis a través de inducción y deducción. Además, A través del proceso de recolección de datos, así como de un proceso de comunicación, llevamos a cabo una entrevista con un doctor de consulta externa por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría, (por pedido personal no se hará mención de su nombre oficial), la entrevista consto de 6 preguntas abiertas, las cuales tenían por finalidad aumentar nuestra comprensión de la problemática.

El presente trabajo terminal está constituido por seis capítulos, una vez mencionado esto, abordaremos diversos temas relacionados con respecto a la salud mental y su relación con las políticas públicas en México. En el primer

capítulo explicaremos en que consiste una política pública, las teorías de algunos autores sobre las mismas, su historia en nuestro país, relevancia y como es que estas se llevan a cabo, En el segundo capítulo, compartiremos los conceptos clave que ayudaran al lector a tener una mayor comprensión sobre los siguientes apartados que componen nuestra investigación, los cuales se están nombrando por el número de capítulo que se les asigno. En el tercer capítulo, expondremos la historia de la salud mental en México, y como esta fue evolucionando conforme a la llegada de nuevos presidentes, desde Vicente Fox hasta Andrés Manuel López Obrador. Para el capítulo cuarto, se compartirán de manera sintetizada las experiencias de algunos países latinoamericanos con respecto al manejo de la salud mental antes, durante y después de la pandemia en comparación con México. En el quinto apartado, explicamos como es que se trabajó para llevar a cabo la presentes investigación. Finalmente, para el capítulo seis presentamos un análisis comparativo sobre políticas públicas en materia de salud mental a raíz de la emergencia sanitaria de COVID-19, y analizamos la relación salud mental y adicciones.

1. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Como hemos visto anteriormente la salud mental es un aspecto muy importante que no pertenece solamente al espectro de la psicología, ya que actualmente se tiene la capacidad de estudio de la salud y específicamente de la salud mental para su estudio fuera de esta área. Por lo tanto, es esencial ahora dirigir nuestra atención hacia un aspecto muy importante para la transformación y mejora continua en este campo, así como para comprender mejor lo próximo a abordar: las políticas públicas. Al hablar de las políticas públicas, nos referimos en su capacidad para influir en diversos aspectos, como en la asignación de distintos recursos y su planificación, además las políticas públicas desempeñan un papel fundamental en la configuración del panorama de la salud mental en cualquier sociedad. Desde la formulación de leyes hasta la implementación de programas de intervención, estas políticas actúan como el marco dentro del cual se desarrollan y ejecutan las iniciativas destinadas a promover el bienestar mental y abordar los desafíos que enfrentan las personas que sufren trastornos mentales.

Las políticas públicas tienen diferentes facetas y puede tomar diferentes significados, pues no cuentan con alguno en particular, ya que su construcción es parte de un complemento desde la perspectiva de diferentes estudiosos de la materia. El término de la política pública a lo largo del tiempo ha sido utilizado de manera significativa para referir que las acciones del gobierno que atienden a un problema denominado como público.

1.1 Perspectivas sobre las políticas públicas por diferentes autores.

Las políticas públicas fueron un término fundado por Harold Lasswell en la década de los años 50's del siglo pasado, cuando aún formaba parte del movimiento de la "Ciencia de las Políticas o Polity Science". Lasswell comprendía en un inicio el término "como la actividad teórica de producir conocimiento relevante y útil para la toma de decisiones del gobierno, en un contexto social en que los problemas (públicos), objeto de decisión gubernamental, se caracterizaban por ser más complejos y de escala" (Franco, 2013)

Básicamente Laswell pensaba que los gobiernos necesitan de más herramientas para poder mejorar la toma de decisiones.

Por otra parte, Herbert Simon brindó consecutivamente aportaciones para la transformación de la ciencia de las políticas públicas, Simon orientaba sus ideas a la toma de decisiones con apoyo del "modelo racional", este modelo se enfocaba en la toma de decisiones de manera condicionada, apoyada de una serie de etapas para determinar las acciones de la política pública (Franco, 2013)

1. Establecimiento de Alternativas y Priorización de Objetivos
2. Identificación y Generación de Opciones
3. Cálculo y Valoración de Consecuencias
4. Comparación de Opciones
5. Elección para Maximizar Objetivos

Charles Lindblom dio a conocer su postura tiempo después de los aportes de Simon, en donde no coincidía totalmente con el modelo racional, sin embargo, introdujo un nuevo modelo, el modelo incremental. Este modelo básicamente tiene la idea principal de que las políticas públicas deben ser desarrolladas de manera gradual, tomando en cuenta aspectos como el poder y la interacción entre las diferentes fases, la diferencia principal con el aporte de Simon, es que el modelo incremental busca encontrar soluciones que sean satisfactorias a los problemas

públicos, ya que de manera realista no siempre se pueden solucionar las cosas sin dejar consecuencias. (Franco, 2013)

Meny y Thoening (1992) abordan de manera diferente el concepto de política pública, en donde toda política pública está construida por diferentes apartados. Un contenido concebido como una actividad pública en donde a partir de una sustancia moviliza recursos; Un programa, definido como el conjunto de actos y acciones que son orientados al modelo de desarrollo en función de lo que se busca lograr; Una orientación normativa, conocida como los actos intencionales que se realizan para satisfacer una necesidad; Un factor de coerción, en donde se reconocen las características que pueda tener una autoridad pública, usando el “monopolio de la fuerza” y por ultimo; Es de competencia social, en donde todos los actos afectan en el comportamiento de los individuos, sociedad e instituciones. (Meny y Thoening, 1992)

Por otra parte, Lahera propone que las políticas públicas son: “Cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado (...) incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados” (Lahera, 2004)

Tamayo de manera similar aborda el concepto de políticas públicas, definiéndola como el “conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (Bañon y Castillo, 1997)

Pressman y Wildavsky acuerdan que las políticas públicas pueden definirse como “una cadena causal entre condiciones iniciales y las futuras consecuencias: si X, entonces Y. Las políticas públicas son hipótesis, si las implementamos en un curso de acción (x), tendremos metas y objetivos cumplidos (y)” (Aguilar y Lima, 2009)

Lowi de manera similar a Meny y Thoening usa una perspectiva basada en tipologías, en donde no siempre las políticas públicas son una correlación entre el Estado y el ciudadano, pues siempre van a existir influencias y presión externa por parte de grupos de poder, conformando diferentes arenas políticas que buscaran el “poder” en la toma de decisiones de las políticas públicas. Otro de los aportes de Lowi es la clasificación que brinda para identificar el tipo de política pública de acuerdo a sus tipologías antes mencionadas, de tal manera que toma en cuenta cuatro vertientes. (Meny y Thoening, 1992)

Políticas Reglamentarias: Identificadas por la coerción máxima dentro de la acción pública, ya sean normas autoritarias y aquellas que limiten de las libertades.

Políticas. Distributivas: Conforman aquellas arenas que son relativamente pacíficas, usualmente son tratadas con recursos.

Políticas. Redistributivas: Son aquellas arenas tensas y conflictivas, en donde el Estado tiene el control.

Políticas Constitutivas: Conforman aquellas acciones públicas que modifican el régimen político.

En conclusión, existen diversas definiciones sobre el concepto de las políticas públicas presentadas por los diferentes autores que hemos visto. Estas a su vez reflejan la complejidad y la diversidad de enfoques en el análisis y la formulación de las políticas gubernamentales. Desde la perspectiva inicial de Lasswell en donde está presente la necesidad de generar conocimiento para la toma de decisiones hasta las propuestas más actuales de autores como Meny, Thoening, Lahera, y Tamayo, en donde se evidencia un debate sobre cómo entender, diseñar y ejecutar políticas públicas que sean efectivas. Por último, la inclusión de los diversos modelos como el racional, incremental, así como las tipologías propuestas por Simon y Lowi, añaden matices importantes al entendimiento sobre cómo se desarrollan y se implementan las políticas públicas.

1.2 ¿Qué son las políticas públicas?

Una vez que hemos establecido la perspectiva de los diferentes autores, queda preguntarnos, ¿Qué es una política pública? Es importante aclarar que para lograr un buen entendimiento sobre el qué es de las políticas públicas es importante tener presentes dos conceptos. *politics* (*política*) y *policies* (*políticas*).

Las politics se pueden definir como aquellas relaciones de poder, en donde pueden estar involucrados diferentes momentos de la política, ya sean los procesos electorales y las confrontaciones entre organizaciones sociales con el mismo gobierno. Dentro de éstas se pueden encontrar diferentes aspectos: la tensión, así como los conflictos que afectan a los individuos; las relaciones que generan comportamientos en los miembros de la comunidad y; las relaciones que suelen reflejar tensión entre actores.

Por otro lado, el término de la policies está relacionado con otros términos con las acciones, las decisiones y las omisiones que se ven involucradas por la variedad de actores que se encuentran relacionados con los asuntos públicos. (Aguilar y Lima, 2009). Las policies por su parte pueden contener aspectos como; Las acciones públicas, específicas y completas y las relaciones de gobierno, ya sean estrategias, decisiones y acciones u omisiones.

Tabla 1

La diferencia de política con las políticas

Política	Políticas (Política Pública)
<i>Politics</i>	<i>Policies</i>
<i>Relaciones de poder</i>	<i>Relaciones con el gobierno</i>
<i>Ciencia Política</i>	<i>Ciencia de las Políticas</i>
<i>Política de las Políticas Públicas</i>	<i>(Politics of Policy)</i>

Esta tabla muestra las diferencias entre política con políticas, para poder visualizar de mejor manera las diferencias y las competencias de cada una.

Lo explicado anteriormente nos permite entender de mejor manera el proceso inicial sobre la definición de las políticas públicas. Es importante destacar que lo mencionado anteriormente es aplicado en diferentes aspectos, sectores de la política, ya sean políticas culturales, sociales, de salud, entre otras. (Aguilar y Lima, 2009).

Además, es importante mencionar que usualmente se encontrara el apartado de las relaciones de poder en el sector del que se esté trabajando, por ejemplo, para el caso del presente trabajo la política de las políticas de salud mental.

Continuando con la explicación sobre las políticas públicas, existen otros aspectos importantes a considerar. Retomando, se debe considerar al Estado como parte esencia de la política. El Estado se divide en GOBIERNO y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, en dónde existe el tratamiento de problemas públicos (aquel que se puede atender y está situado en tiempo, espacio y en sus condiciones sociales) pueden tener diferentes relaciones, ya sea la relación entre:

Estado-Sociedad: En donde existen diferentes formas de intervención, múltiples formas de gobierno y diferentes formas de intervención.

Estado-Estado: En este caso la relación no es estática, pues se encuentra en constante redefinición con respecto a la relación Estado-Sociedad

Una vez que hemos establecido la diferencia sobre el concepto de política pública, corresponde mencionar que para efectos del presente trabajo se usara como concepto de política pública: Los cursos de acción que tienden a resolver problemas públicos que son específicos, los cuales contienen un conjunto de acciones, así como un actor principal, definido como el gobierno. (Huerta)

Para finalizar este apartado y para aclarar el concepto en general de la política pública, debe contener ciertos elementos para que hagan que se caracterice como tal, entre ellos se encuentran los siguientes:

Debe ser racional; Tener uso eficiente de recursos; Debe tener toma de decisiones; Contiene una mejora en el desempleo exterior e interior del aparato público; Contiene componentes normativos y científico-teóricos; La ciudadanía es tomada en cuenta, ya que genera legitimidad; Simplifica los problemas para operar correctamente; Tiene un proceso de politización; Considera el concepto Holístico, definido como las cosas como un todo; Tiene definición de objetivos y relaciona al Estado-Sociedad.

1.3 Las políticas públicas en México.

Las políticas públicas, como enfoque de análisis se retomaron en nuestro país a partir de la década de los ochenta, momento que en México se pasaba por diversas crisis que dificultaban su crecimiento económico. De acuerdo con (Aguilar L. , 2004)

Se mostraba agotado el modelo de desarrollo sustitutivo de importaciones, que hizo posible nuestra industrialización y dio forma a mercados incipientes pero desfigurados por el prolongado proteccionismo estatal que, al final del siglo, dejaba en claro que no era económicamente necesario para la productividad, pero sí políticamente indispensable para conservar su legitimidad social. (Aguilar L. , 2004)

En esa década se buscaba con urgencia poder reestructurar al sistema político mexicano también. La idea principal para su nacimiento se dio a partir de “estudiar el proceso que el gobierno seguía en su toma de decisiones, la manera como formulaba las políticas y las ponía en práctica, con el propósito intermedio o final de elevar la calidad (la “racionalidad”) de la decisión del gobierno, evitar la recaída en la crisis y dar sustentación a una democracia eficiente que acreditara capacidad de gobierno” (Aguilar L. , 2004)

Se trataban de entender las diversas crisis económicas que azotaban al país, en especial la de 1982, las decisiones que habían provocado el desastre económico y de qué manera podía corregirse, llevando a cabo un cambio direccional en la forma de gobierno. El proceso de análisis sobre las decisiones que habían llevado al país al desastre “exhibían indudablemente una asignación y uso ineficiente de los escasos recursos” (Aguilar L. , 2004)

Además de esto, la crisis económica no era el único mal que se afrontaba en ese momento, también se tomaba en cuenta la debilidad de las decisiones públicas del gobierno, lo que también fue de gran importancia para el establecimiento de las políticas públicas en México.

Es así como Aguilar, (2004) lo explica

Aquel origen de las políticas públicas fundado a través de la crisis fiscal y política. Este origen se manifiesta en el ajuste de las finanzas públicas y en la democratización del régimen autoritario. El programa disciplinario y profesional criticó la ineficiencia económica del gobierno y la distorsión de su naturaleza pública. Por lo tanto, el programa aspiró a mejorar la calidad de la decisión gubernamental, a reconstruir su calidad pública (tanto institucional como ciudadana) y a reconstruir su calidad financiera y directiva. En resumen, se buscó una transformación integral del gobierno para superar la crisis y mejorar su funcionamiento. (Aguilar L. , 2004)

Si bien el proceso de políticas públicas como hemos explicado en apartados anteriores se ve establecido por una serie de etapas para llegar a un fin, en México durante la década de los 80's y parte de los 90's éste modificó de cierta manera, en donde el objetivo principal consistía en generar un proceso decisorio basado en el análisis, de tal manera que sea novedoso, económicamente riguroso, legalmente consistente y políticamente equilibrado. (Aguilar L. , 2004)

El proceso de políticas públicas en México puede ser explicado de manera más detallada por dos variantes, la resolución de problemas y la participación de la población (sociedad), de manera más detallada lo expone Fonseca, (2017):

Además, tanto en América Latina, así como en México la acogida de la disciplina de políticas públicas ha estado vinculada a la búsqueda de mayor eficiencia en las decisiones de gobierno como lo plantea Aguilar, también ha habido una fuerte relación con la intención de hacer de ellas un medio para que estas decisiones sean más democráticas en dos sentidos. Por un lado, a través de dar respuesta a problemas concretos que requieren de atención particular, es decir, que no pueden ser parte de decisiones de gobierno generales por involucrar a sectores sociales con especificidades, en este caso se puede decir, parafraseando a Lasswell que esta primera opción por las políticas busca integrar a sectores sociales particulares a los beneficios de derechos, democratizando la política social y el acceso a derechos en general. Se ha impulsado, fundamentalmente desde la

sociedad civil, donde ha jugado un papel importante una parte del sector académico, la idea de democratizar las decisiones de gobierno por medio de la participación directa de la sociedad civil, dándose pie a la creación de mecanismos formales que permitan esa participación en instancias como las contralorías, los consejos, los presupuestos participativos, etcétera. (Fonseca, 2017)

Las políticas públicas en México nacieron principalmente como un recurso que fuese económicamente eficiente, con el tiempo los objetivos de esta fueron modificándose en busca de una “especialización”. La política pública en México se basó en “el sustento de la racionalidad para la toma de decisión, el análisis (informático, jurídico, económico, organizacional, político y causal). Como aquella disciplina y profesión concentrada en la toma de decisión, orientada y fundamentada” (Aguilar L. , 2004)

1.4 La importancia de las políticas públicas para atender a la salud mental

No cabe duda de que la ciencia de las políticas es de gran importancia e influencia en nuestras vidas, ya que se convierte en un elemento central dentro de nuestra sociedad, por lo tanto, la política de manera inevitable nos afectara de diversas formas. Como hemos abordado con anterioridad, las políticas públicas enfocadas al tratamiento específico de la salud mental se vuelven esenciales para poder garantizar un correcto bienestar en la población, forman parte de un instrumento de mejora hacia la calidad de vida de las personas.

Actualmente los problemas asociados a la salud mental son mayoritariamente prevalentes tanto en nuestro país, como en el mundo, teniendo más prevalencia en aquellos países con ingresos medios o bajos (Leiva et al., 2021), además, esta misma se ve influenciada por otro tipo de indicadores, como la pobreza, el estrés, los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas y los modos de vida poco saludables que tienen una relación bastante fuerte para el desarrollo de estos trastornos.

La importancia de las políticas públicas radica en su capacidad para definir las metas que se pretenden alcanzar y establecer prioridades. En el caso de la salud mental, es crucial establecer prioridades y enfatizar las responsabilidades entre los diversos sectores y niveles involucrados en este ámbito. Esto implica la implementación de ciertas normas que definirán las funciones de los actores involucrados.

Como parte de este proceso de importancia con respecto a las políticas públicas de salud mental, al menos durante los últimos 20 años (2000-2020) los problemas de salud mental han crecido bastante, así como la brecha de su tratamiento. Con datos del EVALÚA, (2022), se comparte una ilustración sobre la evolución de las enfermedades mentales, sus efectos y brechas en este periodo de tiempo.

Figura 1. Evolución en el tiempo de la prevalencia en el campo de la salud mental, efectos y brechas de tratamiento a nivel mundial, 2001-2020

Aumento de la prevalencia		Efectos	Brechas de tratamiento
25% de la población adulta pasaba por un trastorno mental en algún momento de la vida a inicios de siglo. Una persona de cada ocho lo vivía en el 2019.	150 millones de personas padecía de depresión en el 2001. 280 millones en el 2019.	Los trastornos mentales contribuyen a elevar la carga de morbilidad y mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> Recursos asignados a la salud mental considerablemente bajos, sin equidad. (2001). Gasto público de menos de 25 centavos de dólar en países de ingresos bajos (2011), mediana de 2% en la región de las Américas (2017). Porcentaje muy elevado de casos no tratados en la mayoría de trastornos mentales (2001). Casos psiquiátricos severos que no recibieron atención en los últimos 12 meses en países en vías de desarrollo: entre 76 a 85% (2007). Gestión ineficiente de recursos, concentración en los hospitales psiquiátricos (2011). Cambio paulatino hacia los servicios comunitarios en las Américas (2017).
Al 2019, los dos principales trastornos en la población mundial: ansiedad (31%) , depresión (28.9).	Por un año de pandemia por COVID-19, los casos de trastornos de ansiedad crecieron en 26%, depresión severa en 28%	Al 2001, cuatro de los 10 trastornos que generaban más años con discapacidad estaban relacionados con salud mental. En 2017 los trastornos depresivos eran la principal causa de discapacidad en la región de las Américas. A nivel global eran la segunda causa en el 2019, mientras que los trastornos por ansiedad eran la sexta.	
Cerca de un millón de personas se suicidaba cada año (2001). 20 años después, hay 20 intentos de suicidio por uno exitoso. Una de las principales causas de muerte en personas jóvenes.			

Fuente: elaboración propia, con base en OMS (2001), (2011), (2022a); OPS (2001), (2007), (2018a), (2018b).

Ilustración 1 Evolución en el tiempo de la prevalencia en el campo de la salud mental. Información obtenida del DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022 (EVALÚA, 2022)

Por lo tanto, las políticas de salud mental se encargarán de focalizar a la población y actuar con respecto a esta problemática, utilizando los recursos necesarios para su correcta intervención. Es fundamental contar con mecanismos de control y seguimiento, así como de evaluación de las acciones que se están llevando a cabo. Lo anterior permitirá contrarrestar las problemáticas y satisfacer las necesidades en relación con la salud mental. De esta manera, las políticas públicas juegan un papel crucial en la promoción de la salud mental y el bienestar de la población.

Por otra parte, las políticas públicas y en este caso con respecto a la salud mental deben seguir ciertos ejes para su correcto desarrollo, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006), podemos establecerlas por las siguientes:

1. **Participación de la Comunidad:** Involucrar a las personas con trastornos de salud mental, sus familias y las organizaciones de la sociedad civil en la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud mental.
2. **Acceso Universal:** Garantizar que todos, independientemente de su ubicación geográfica, género, edad, origen étnico o estatus socioeconómico, tengan acceso a servicios de salud mental de calidad.
3. **Integración de la Salud Mental en la Atención Primaria:** Integrar los servicios de salud mental en la atención primaria puede ayudar a superar las barreras al acceso y reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental.
4. **Formación y Capacitación:** Capacitar a los profesionales de la salud en la detección temprana y el manejo de los trastornos de salud mental puede mejorar la calidad de la atención.
5. **Promoción de la Salud Mental:** Implementar programas de promoción de la salud mental y prevención en escuelas, lugares de trabajo y comunidades puede ayudar a aumentar la conciencia y reducir el estigma.
6. **Investigación y Monitoreo:** Realizar investigaciones para informar las políticas y programas de salud mental y establecer sistemas de monitoreo y evaluación para medir su efectividad.
7. **Legislación y Derechos Humanos:** Asegurar que las leyes y políticas de salud mental estén en línea con los estándares internacionales de derechos humanos.

1.5 Proceso para la elaboración de una política pública

Como mencionamos anteriormente el ciclo de las políticas públicas se explica por diferentes métodos, pero usualmente se menciona a este ciclo como un apartado que contiene 4 o 5 momentos específicos, dependiendo del autor.

FORMULACIÓN.

La etapa de Gestación o la Problematización de un problema:

Esta es la primera etapa dentro del ciclo de una política pública, de acuerdo con Méndez, (2020), esta primera etapa se basa en lo siguiente:

Se consideran a los problemas públicos como situaciones o circunstancias que tienen o tendrán efectos adversos o nocivos en una comunidad humana. Para ser considerados como tal deben estar ampliamente extendidos y ser aceptados como un problema compartido por los miembros de dicha sociedad. Cuando algún Estado lo ha reconocido como tal y considerado su intervención, ya sea para mitigarlo, reducirlo o en el mejor de los casos resolverlo, los transforma en problemas estatales (Méndez, 2020)

Por otra parte, Aguilar (2012), propone que para el proceso de gestación la política pública debe “ser un proceso integrado por varias acciones intelectuales (de información, análisis, cálculo, crítica...) y acciones políticas (de movilización, discusión, persuasión, negociación, acuerdo...), que son interdependientes y eslabonadas, que preceden y preparan la toma de decisión del gobierno y posteriormente la llevan a cabo.” (Aguilar L. , 2012)

Además de esto, Aguilar, (2012) añade lo siguiente “se ha iniciado antes con una serie de actividades y decisiones particulares sobre varios asuntos, que según el tipo y resultados de las decisiones tomadas preparan y estructuran la decisión gubernamental principal.” (Aguilar L. , 2012)

Es así que en este apartado la agenda pública es un aspecto fundamental para el ciclo de las políticas públicas.

La agenda pública se define como el “conjunto de temas que la ciudadanía y los distintos grupos de la sociedad buscan posicionar para ser considerados como susceptibles de atención por parte de sus representantes” (Kingdon, 1995). La agenda política es el conjunto de temas que alcanzan prioridad en el debate político y la acción de aquellos actores políticos que, por su posición, tienen la capacidad de impulsarlos. La agenda de gobierno es el conjunto de prioridades que un gobierno constituido plantea a manera de proyecto y que busca materializar a lo largo de su mandato (Casar y Maldonado, 2010; citado en Merino y Cejudo, 2010). Obtenido de (Franco, 2021)

Una vez explicado lo anterior, tenemos presente que dependiendo del problema que se esté tratando, tendrá un lugar dentro del gobierno una vez que se ha considerado su transición dentro de una agenda.

La etapa de diseño o formulación de una política pública.

Dentro del diseño o la formulación de las políticas públicas se toman aspectos como la identificación de problemas, su creación, su definición y se proponen posibles soluciones. De acuerdo con Aguilar (2012), la política pública en este aspecto puede tomar diversos puntos:

“La PP no es tampoco solo un acto de decisión, puesto que la decisión sobre el contenido de la PP, sobre sus fines, medios, acciones y actores, se acompaña (o debe acompañarse) con acciones de diálogo, discusión, argumentación, entendimiento entre el poder público y los actores políticos y sociales interesados e involucrados en la política”. (Aguilar L. , 2012)

Lo anterior es un claro ejemplo sobre los aspectos fundamentales que deben ser parte para el aspecto decisivo de las políticas públicas y de que estas tomen forma. Además “se corresponda con la demanda ciudadana, sea aceptada o respaldada, no sea considerada arbitraria o irracional, aun si las razones de sus decisores pudieran no ser convincentes del todo para el público y sus opositores.” (Aguilar L. , 2012)

Para Thomas R. Dye (2002), la identificación del problema público es la fase más importante de este proceso, ya que de ello dependerán los siguientes pasos a realizar. En esta fase un especialista en políticas públicas debe responder al menos las siguientes preguntas clave:

- ¿Qué solución genera mayores beneficios a la sociedad?
- ¿Cuál es el mejor resultado que se puede lograr?

Propongo una metodología de cinco etapas para diseñar una política pública viable:

- Análisis del problema
- Análisis de soluciones
- Análisis de factibilidad
- Recomendación de política pública
- Plan de acción de política pública

Lo anterior fue recuperado de: (Franco, 2021)

En este apartado sobre la formulación: “El diseño o formulación de la PP corresponde al primer conjunto pre-decisional de actividades analíticas y políticas, mientras el segundo conjunto post-decisional se refiere a la comunicación, implementación y evaluación de las políticas” (Franco, 2021)

Una vez que se ha completado lo anterior, el proceso/ciclo de políticas públicas puede pasar a la siguiente etapa.

La etapa de la implementación o la ejecución

Para este proceso que conforma a la implementación, Aguilar (2012) nos menciona que en esta fase existen diferentes cuestiones:

En la fase previa de la deliberación son numerosas e importantes las decisiones que se toman, pues se decide si algo es realmente problema público o no, si el gobierno debe actuar o no, cuáles son los pros y los contra de actuar o de no hacer nada; se decide también en qué consiste el problema, cuáles son sus componentes, sus causas y sus efectos, cuál es el tipo de acciones que por sus instrumentos y actores podrían enfrentar al problema y controlar sus daños y expansión nociva, cuáles son los recursos financieros, legales y humanos que se necesitan, qué resultados deben esperarse de las acciones de la política y antes de cuánto tiempo, etc. (Aguilar L. , 2012)

La etapa de implementación es la tercera etapa dentro del ciclo de políticas públicas, de acuerdo con Méndez, (2020), es precisamente en esta etapa en dónde se “ponen en marcha las acciones establecidas en la fase de formulación con la finalidad de alcanzar los objetivos de la política. En ella cobran relevancia la coordinación de los distintos actores involucrados, en la transmisión de la información, el aprovechamiento de los recursos disponibles, así como los eventos emergentes no considerados y que tienen un efecto la marcha de la ejecución” (Méndez, 2020).

Como en el paso anterior del ciclo de políticas públicas, se debe cumplir lo especificado para que pueda continuar con el proceso, en este caso con la última etapa del ciclo.

Asimismo, Aguilar (2012), menciona:

En esta etapa cuando el proceso de deliberación terminó y el gobierno se decidió por una cierta política, se procederá a decidir cuál es el tipo de comunicación social apropiado para informar, explicar y justificar a la ciudadanía sobre la política decidida y cuáles medios de comunicación se

usarán y para qué tipo de público. Se tomarán también decisiones sobre las unidades administrativas y el personal que serán los responsables de implementar la política y sobre sus habilidades, especificaciones y responsabilidades de trabajo, deliberando si se procederá solo con personal de la burocracia pública o si se trabajará en asociación con organizaciones privadas o civiles o mediante ellas en la efectuación de la política, así como habrá que decidir sobre la periodicidad del flujo de recursos en apoyo a las acciones y los criterios de transparencia y control en su uso; se decidirá asimismo sobre los requisitos que deberá cumplir la población beneficiaria.

En resumen, en la implementación, las políticas públicas se vuelven un conjunto que se orienta a poder alcanzar metas en particular, metas que son establecidas por el Estado y en dónde, de acuerdo con Olavarría (2017)

Puede ser alcanzada si un determinado grupo de actividades, deducido de un conjunto de conocimientos que se consideran válidos, es puesta en funcionamiento. Dado que la implementación de políticas públicas se desarrolla en contextos interorganizacionales donde interviene “una amplia y diversa gama de actores”, el análisis de la implementación se adentraría en la interacción que se da entre esta “amplia y diversa gama de actores” y cómo, en ella, se establece la “variedad de mecanismos y procedimientos” que determinan lo que ciudadanos o grupos específicos reciben de las intervenciones del Estado. De este modo, la pregunta que naturalmente surge es qué fuerzas o factores impulsan y/o conducen este proceso (Olavarría, 2017).

La etapa de la evaluación

La etapa de la evaluación corresponde al último paso dentro del ciclo de las políticas públicas, en donde se suele identificar que los objetos plasmados anteriormente sean observados para poder ser atribuidos de manera correcta a la política en cuestión.

Con respecto a esta última etapa, Aguilar (2012), menciona que:

La evaluación cuyo diseño posiblemente ocurre antes de la decisión gubernamental y su puesta en práctica después de la decisión. En primer lugar hay que decidir cuál será la unidad o la materia para evaluar: si se evaluará el impacto o el resultado social de la política o la calidad de sus productos (bienes y servicios) o el desempeño del personal o la satisfacción del ciudadano, y si se evaluará primordialmente la legalidad de la actuación de los participantes o la costo-eficiencia de la política o su eficacia social o su rendimiento político electoral. En segundo lugar y en correspondencia con la primera decisión, habrá que decidir acerca del método a seguir a lo largo de la evaluación, que incluye la recopilación, procesamiento, análisis y presentación de datos, así como la definición del tipo de estándares e indicadores. (Aguilar L. , 2012)

De acuerdo con Méndez, (2020), la etapa puede ser descrita por lo siguiente:

Se trata de la etapa del ciclo de políticas en el que se comparan las decisiones tomadas por el Estado para aminorar o resolver el problema público y las metas definidas, con los resultados y el desempeño de las acciones llevadas a cabo en la realidad. También se busca comprender si los efectos de dicha intervención están dando como resultado una mejoría el problema que le dio origen a la intervención. (Méndez, 2020)

Como complemento, Franco, (2021) nos comparte lo siguiente sobre la etapa de la evaluación:

Si consideramos al ciclo de políticas públicas como una consecución continua de determinadas acciones, la última fase correspondería a la evaluación de impacto, es decir, valorar los efectos para determinar cómo ha cambiado una situación una vez que ha culminado la acción del gobierno. Sin embargo, es muy importante mencionar que el proceso de evaluación de políticas públicas se puede llevar a cabo durante el diseño, la implementación y su maduración.

La evaluación que se realiza en la etapa de diseño se denomina ex-ante. La evaluación en la etapa de implementación se denomina evaluación concomitante y la evaluación de impacto se denomina ex-post. La evaluación ex-ante tiene como objetivo realizar un análisis previo a la decisión para garantizar mayores niveles de efectividad. La evaluación concomitante permite realizar los ajustes necesarios a la política pública que se está ejecutando para lograr los objetivos previamente establecidos.

La evaluación ex-post permite conocer los efectos de la política pública en la población objetivo. En la fase de evaluación de impacto, un especialista en políticas públicas debe responder al menos dos preguntas:

- ¿La política pública generó los efectos deseados?
- ¿Cuáles son las áreas de oportunidad para mejorar el diseño o los procesos de la política pública?

Lo anterior fue recuperado de (Franco, 2021)

Como hemos mencionado, el proceso/ciclo de las políticas públicas es bastante importante para llevar un correcto desarrollo de estas, pues un error puede provocar que no funcione correctamente, es por eso por lo que hemos decidido agregar una serie de pasos para el correcto funcionamiento de una política pública.

Los siguientes pasos representan una breve guía sobre el desempeño eficaz de las políticas públicas, corresponden en espectro más amplio el ciclo de las políticas públicas están elaborados con ayuda de recursos como:

Guía Metodológica de Ortegón y colegas (Ortegón et al., 2005) y la Guía de análisis de diseño de CONEVAL (CONEVAL, 2020)

Paso 1.- Elaborar un Problema

- Identificar la necesidad que es reconocida por la sociedad.
- Realizar una lluvia de ideas de la necesidad. En función de la materia viva

- Hacer uso de criterios de selectividad y prioridad. En función de la realidad (y de la necesidad)
- Reducir el problema para precisar lo que se va a atender, así como la gravedad de este.
- Expresar el problema de forma simple y comprensiva

Paso 2: Plantear la frase problemática.

- Plantear la frase en estado negativo como deficiencia, debilidad o exceso
- Plantear la frase en función de las limitaciones de tiempo que enfrenta la
- problemática.

Paso 3: Conceptualización del Problema

- Hacer uso de literatura con ayuda de la cavilación intelectual para clarificar el concepto del problema.
- Uso de literatura especializada.
- El concepto debe relacionarse con el problema, no se deben buscar todas las variantes.

Paso 4: Identificar las causas y efectos del problema.

- Identificar los componentes/ conceptos del planteamiento del problema.
- Identificar y plantear los efectos cómo efectos. Efecto principal y desagregar en secundarios.
- Identificar plantear las causas como causas. Causa originaria. Desagregar en secundarias.
- Causas y efectos deben estar en efecto negativo. Con sólidos argumentos en función de la literatura consultada

Paso 5: Elaborar árbol de efectos.

- Retomar los efectos más importantes de acuerdo sin importancia en orden y gravedad.
- Se debe realizar un gráfico de árbol y defectos parte del problema central a efectos.

- Graficar del problema central de efectos hacia arriba, pueden estar encadenados y dar origen a otros

Paso 6: Elaborar árbol de causas.

- Se debe identificar las causas en función del problema. Identificar causas primarias e independientes.
- Graficar del problema central hacia abajo se grafican las causas, puede tener encadenamientos.
- Las causas asemejan raíces, a más raíces más soluciones.

Paso 7: Elaborar árbol de problema.

- Integrar causas y efectos en un solo árbol. Es un resumen de la situación problemática.
- Debe revisarse varias veces para asegurar su validez, tanto de efectos, causas y del problema central.

Paso 8: Diseñar el Árbol de Objetivos

- Se procede a formular los objetivos en función de la situación identificada. Los objetivos deben cumplir con criterios de realismo, eficiencia, coherencia y cuantificabilidad, al mismo tiempo que se considera la naturaleza del problema en cuestión.
- Transformar las condiciones deseadas de negativas a positivas. Tomando como referencia el Árbol de Problema. Aquí, el problema se convierte en el objetivo central, las causas se perciben como los medios necesarios, y los efectos se visualizan como los fines a alcanzar.
- Los objetivos deben dar lugar a la generación de alternativas de solución que permitan abordar eficazmente la problemática planteada.

Paso 9: Definir los Objetivos

- Expresar los objetivos en forma de infinitivo, lo que proporciona una mayor claridad y precisión en su enunciado. Abordar la tarea de clarificar y

jerarquizar estos objetivos, teniendo en cuenta la diversidad de metas que pueden surgir en el proceso.

- Es fundamental establecer un orden en la lista de objetivos, teniendo en cuenta la prioridad que tiene cada uno en relación con la resolución del problema en cuestión.

Paso 10: Identificar Alternativas de Solución

- Realizar un análisis anticipado para visualizar los posibles efectos y alternativas resultantes de la acción o la inacción. Se debe utilizar el Árbol de Objetivos como herramienta de apoyo, especialmente en lo que respecta al funcionamiento de los medios.
- Es importante destacar que las alternativas seleccionadas deben ser factibles y viables para su implementación.

Paso 11: Evaluación y Selección de Alternativas de Solución

- Aplicar criterios prácticos clave que se integran en una matriz de evaluación. Estos criterios incluyen la legalidad, la aceptabilidad política, la solidez y la capacidad de mejora de las alternativas.
- Continuando con la matriz, identificar las alternativas mejor valoradas, contando con criterios de eficiencia, eficacia, efectividad y productividad. Es fundamental determinar qué opciones son las más adecuadas para abordar la situación.
- Para eliminar alternativas, se debe considerar lo que el analista conoce y determinar si son o no viables desde una perspectiva gubernamental.
- En cuanto a la selección de alternativas, es importante revisar si estas son complementarias o excluyentes entre sí, lo que ayudará a definir la estrategia más efectiva.

Paso 12: Establecer los métodos para la obtención de resultados y criterios.

- La elección de métodos específicos se basará en los objetivos y los criterios previamente establecidos. Entre las técnicas recomendadas se encuentran

el análisis financiero, el análisis costo eficiencia, el análisis costo-beneficio y la aplicación de la teoría de juegos.

Paso 13: Seleccionar la alternativa.

- Básicamente implica elegir una alternativa, pero para ello se debe considerar si la misma es tanto políticamente tratable como de ser capaz de ser desarrollada organizacional e institucionalmente.

Paso 14: Diseñar e Implementar la Alternativa Seleccionada.

- En la fase de diseño de la alternativa seleccionada, se deben definir elementos esenciales, como metas, objetivos, presupuesto y los responsables de su ejecución, que suelen ser los funcionarios de nivel operativo.
- Es fundamental identificar el enfoque y las perspectivas de los actores involucrados, teniendo en cuenta que estos deben tomar decisiones considerando diversas opiniones y opciones.
- Posteriormente, se realiza un análisis para determinar si existen discrepancias entre las perspectivas de los actores, lo que proporcionará información valiosa para anticipar las posiciones que adoptarán ante el programa.
- Además, se debe evaluar el grado de urgencia de las actividades propuestas para determinar si algunas pueden omitirse en caso de que su ejecución no sea prioritaria.

Paso 15: Evaluar los Resultados de la Implementación de la Alternativa Seleccionada

- Esta evaluación, conocida como evaluación ex-post, se realiza después de la implementación. Permite emitir juicios de valor tanto sobre los resultados previstos como sobre aquellos inesperados.
- Para llevar a cabo esta evaluación, es esencial determinar el tipo de evaluación a realizar, considerando tres opciones: interna, externa o una combinación de ambas.

- Además, se debe tener en cuenta la actitud del evaluador, que puede ser descriptiva, clínica, normativa o experimental, dependiendo del contexto, las características y los recursos disponibles.
- El evaluador debe seleccionar el método y la técnica apropiados para su labor, considerando si se utilizarán métodos cuantitativos o cualitativos, en función de las particularidades del programa evaluado. La elección del tipo de evaluación debe basarse en las características específicas del programa en cuestión.

Lo anterior es un ejemplo sobre la necesidad de tener un buen diseño para la elaboración de una política pública en cuestión. Para efectos de este trabajo, nos concentraremos específicamente en la etapa de la implementación, en la cual todas las partes de la política pública se reúnen, se acomodan y funcionan a su vez al mismo tiempo, como si de una máquina se tratase, es importante que sea de esta manera, pues de lo contrario “una política basada en una incorrecta teoría causal puede producir consecuencias inesperadas. Aunque no es suficiente, un diseño cuidadoso es condición necesaria, pues si las partes no están disponibles, entonces la máquina no funcionará correctamente” (UNAM, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar un aspecto sobre esta fase:

se enfrenta a una realidad mucho más compleja de lo que cualquier diseño puede modelar, en la que lo único seguro es la propia incertidumbre. El conocimiento de las organizaciones gubernamentales es por ello fundamental para incrementar las probabilidades de éxito de las políticas públicas. El éxito o fracaso, a su vez, es también relativo, pues en todo caso depende de los objetivos iniciales, los parámetros y métodos de evaluación, entre otros factores (UNAM, 2016).

2. MARCO CONCEPTUAL-Sobre enfermedades mentales e instancias dedicadas al tratamiento de la salud mental.

Antes de comenzar esta sección es necesario por iniciar cuestionándonos lo siguiente ¿Qué es la salud mental para el gobierno? Y es que encontrar una respuesta a esta pregunta pareciera complicado, considerando que la temática no pertenece precisamente al rubro de la política, no obstante, al ser una disciplina capaz de actuar en todo tipo de ámbitos, hemos encontrado que para el gobierno la salud mental se define como: “El estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés”. (IMSS, s.f.) La definición proporcionada por el sitio oficial del gobierno de México será la que emplearemos para referirnos al termino salud mental.

Como lo hemos expuesto la problemática está ubicada en un marco temporal que va de 2018 (dos años antes de que iniciara la pandemia por COVID-19) hasta el 2023 (año en que se decreta el final de la pandemia por COVID-19) y continuando con el año 2024, en el cual veremos los avances a la fecha en materia. Para cumplir con el propósito de que el trabajo sea claro, hablemos sobre lo que representó la pandemia por COVID-19. Durante la emergencia sanitaria existieron diversos impactos en ámbitos como la economía, la educación, y en definitiva en la salud, pues de acuerdo con el INEGI, para 2020 se registraron “1 086 094 defunciones registradas, 58.8% fueron hombres, 41.1% mujeres y en 756 casos el sexo no fue especificado” (INEGI, 2020). Para no ahondar momentáneamente en detalles sobre los rubros en los que tiene influencia el gobierno, diremos que la pandemia por COVID-19, represento un reto para el gobierno, para operacionalizar en todo ámbito de desarrollo.

Para delimitar el enfoque nos referiremos en los trastornos mentales con mayor registro de personas que las padecen, de acuerdo con un artículo publicado en la sección: “Gaceta Medica de México”, en Scielo, titulada: “Salud mental de los

mexicanos durante la pandemia de COVID-19". Se elaboro una serie de encuestas, las cuales obtuvieron como resultado que los 3 padecimientos mentales más comunes son: la depresión, la ansiedad y el alcoholismo (C. Rodríguez, 2020). Una vez que hemos identificado, los trastornos más comunes, expliquemos en que consta cada uno.

Depresión: "Es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona y se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento, en los sentimientos y en la forma de pensar. Estos cambios son continuos y duran más de dos semanas" (*Depresión*, n.d.).

Ansiedad: "Es un estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (cuando una persona expresa tener un síntoma que en realidad no tiene) y psíquicos. Se considera patológica cuando se presenta de manera excesiva y su duración es prolongada, lo que genera disfuncionalidad en la persona que lo padece" (Secretaría de Salud, 2015)

Alcoholismo: "Es una enfermedad y no un vicio, cuya necesidad o dependencia a la ingesta de bebidas alcohólicas en las personas, genera deterioro en su salud física y mental" (*Alcoholismo*, n.d.).

Los padecimientos mentales anteriormente expuestos, tendrán por utilidad el delimitar las acciones que ha implementado el gobierno para su tratamiento, no ahondaremos en aspectos como el llevar una vida con alguno, puesto que nuestro enfoque es meramente político.

Los conceptos que se han expuesto tienen por propósito mejorar la comprensión de nuestro trabajo, pero ahora, también haremos mención del documento oficial en que nos basaremos para poder realizar nuestro análisis, este es el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones, el cual con base en el art.4 Constitucional, tiene por objetivo general: "Contribuir a la promoción, prevención, atención y recuperación de las personas con problemas asociados a la salud mental y adicciones a través de la colaboración interinstitucional para mejorar el bienestar individual y social" (Salud-Secretaria de Salud , 2020) para lograr el mismo, el

programa espera que se establezcan redes entre las instituciones y servicios de salud para que se pueda brindar una atención justa y eficiente.

Para fortalecer nuestro análisis sobre los resultados que el gobierno obtuvo antes, durante y después de la pandemia en el tratamiento de la salud mental, recurriremos a los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la cual fue elaborada por el Instituto Nacional de Psiquiatría (entre 2001 y 2002), tratándose de una instancia implementada en nuestro país en el año 2000 como parte de su participación en la iniciativa planteada el mismo año por la OMS para el tratamiento de la salud mental, en esta encuesta se “describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta” (Medina-Mora, 2003). Consideramos pertinente consultar dicha fuente dado a que nos permitirá tratar el problema desde el enfoque político, considerando que los resultados que proporciona la encuesta son meramente cuantitativos, es decir, que no se parte de una postura en particular, sino, meramente de los hechos.

Quienes hemos elaborado la presente investigación, y tras haber consultado información referente sobre instancias/comisiones ubicadas en nuestro país que se especializan en el tratamiento de la salud mental, y para efectos de ampliar nuestro marco referencial, consideramos oportunas consultar los siguientes:

La Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM): En sus inicios tenían por objetivo la difusión de conocimiento psiquiátrico, es una asociación sin fines de lucro, cuyos ingresos provienen de los mismos socios y contribuyentes directos de la asociación. (*Quiénes Somos – Psiquiatras APM*, n.d.)

Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME): Esta instancia tiene por misión el mejorar y ampliar los servicios de Salud Mental que comprenden: prevención, atención ambulatoria, hospitalización, así como las estrategias de promoción; consolidando el Programa Nacional de Salud Mental y brindar servicios de calidad, otorgados con equidad y respeto pleno a los Derechos Humanos de las personas. (*NOSOTROS*, n.d.)

Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC): Es un órgano de la SSA, tiene la responsabilidad de proveer de los mecanismos de coordinación para dar cumplimiento a las tareas del Programa de Prevención y Control de Adicciones. (*Secretaría De Salud*, n.d.)

Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP): Es un órgano desconcentrado que coordina seis unidades médicas para la atención de la salud mental. (Salud, 2017)

Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA): Creado en mayo de 2023, tiene por objetivo la prevención, promoción y atención de los problemas de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas. (*¿Qué Es La CONASAMA?*, n.d.)

El actual gobierno en cuanto al tratamiento de la salud mental se ha caracterizado por tratar la misma en conjunto con las adicciones, particularmente resaltando el consumo de tabaco por parte de menores de 18 años. Por ello definamos lo que es una adicción, añadiendo que el mismo gobierno se limita a tratar la adicción a los estupefacientes, dicho ello entenderemos el termino adicción como: “Una necesidad o dependencia descontrolada, acompañada por prácticas compulsivas de una o varias conductas, encaminadas a satisfacer dicha necesidad, aunado a un deterioro significativo de la calidad de vida de la persona y su entorno.” (Numata, 2023)

3. MARCO HISTORICO: Antecedentes De La Atención Salud Mental En México.

En México, la salud mental ha tenido una larga trayectoria que empieza sus pilares desde la época de la conquista, a pesar de esto, se ha considerado por distintos intelectuales en la materia, así como por instituciones y organizaciones internacionales que ha sido un tema el cual ha sido abandonado, poniendo en contexto lo anterior, de acuerdo con (Vargas et al., 2023) “En México, las estrategias y los marcos para el abordaje de los trastornos mentales han sido parciales, intermitentes, desarticulados y con alcances limitados”. Una consecuencia de lo anterior es visto en la población mexicana que se ha visto afectada el cual corresponda a un segmento de la población que no pudo ser atendida de manera correspondiente a causa de recursos insuficientes o incluso por parte de segmentos más altos del gobierno que han organizado la suspensión de estas pequeñas ayudas para así poder tratar otro tipo de problemáticas de salud, que si bien son igual de importantes terminan dejando un aspecto muy importante como lo es la salud mental.

Lo anterior de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, OSDE, 2020), Se representa que el 90 % de las enfermedades tienen un principio *psicosomático*, y esto se debe a que la influencia que puede llegar a tener la mente sobre el funcionamiento del cuerpo tiene una relación muy cercana, por lo tanto, los síntomas van correlacionados.

Con lo anterior queda más que claro el impacto de las condiciones mentales y sus afecciones en la población, agregando además la postura en Semblanza de la Salud mental en México en donde se menciona:

(De la Fuente, Semblanza de la Salud Mental en México, 1988) Ni la escasez de recursos, ni la magnitud de otras necesidades justifican esta desatención, ya que los desórdenes y las desviaciones mentales representan tan grandes sufrimientos para las personas afectadas y sus familias y una grave pérdida económica y social para el país. Las causas son comprensibles, pero no son aceptables.

Es importante mencionar que aunado a esto en nuestro país la salud mental, así como los aspectos relacionados con la mente y sus problemáticas siempre han caído en el balde de la ignorancia. La población mexicana a lo largo de los años ha ligado las afectaciones mentales a algo tan vago como los prejuicios que han sido generados por la cultura que hemos construido a lo largo de nuestra historia como nación, perjudicando la relación propia que tenemos con las afectaciones mentales, así como con quienes los padecen. (De la Fuente, 1982)

Se debe dejar en claro que la salud mental no solo forma parte del gran término de la “salud”, sino que esta tiene una influencia bastante grande en la relación con el bienestar de la población, como hemos mencionado la discordancia y ausencia de las políticas públicas creadas para atender este problema son un problema extra que no ha podido ser solucionado de la mejor manera, teniendo como consecuencia un incremento masivo en las condiciones mentales.

Lo anterior, con palabras de (Vargas et al., 2023) se traduce como “Una gran cantidad de perdidas en años de calidad de vida y en costos económicos que afectan a las personas, las familias, las instituciones y la sociedad en general”.

Una vez que hemos establecido lo anterior es importante mencionar el proceso por el cual se ha visto involucrado nuestro país en la toma de decisiones de la salud mental, desde cuando toma importancia, sus orígenes y su evolución a lo largo de los años buscando obtener una visión política en las diferentes etapas desde su concepción en la materia, para esto tomaremos cinco etapas que muestran el proceso por el cual la salud mental fue tomando forma a lo que es hoy en día.

3.1 La época de la Colonia de 1566. Los inicios de un sistema de salud dedicado a los malestares mentales.

Para adentrarnos a lo que actualmente conocemos en nuestro país como los inicios de la salud mental, debemos retomar la época colonial, específicamente en el año 1566 en donde México se encontraba en manos del Virreinato de la Nueva España, un territorio de la colonia, bajo dominio de España, durante el periodo de dominio por parte de España se buscaba tener un gobierno administrativo centralizado. Es importante adentrarnos en este periodo puesto que forma parte de un punto clave, se debe reconocer el gran adelanto que se tenía en comparación con las demás naciones del continente americano, pues se dice que “en México tomo la custodia de los dementes que, mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o que eran alojados en cárceles sin motivo” (De la Fuente, Semblanza de la Salud Mental en México, 1988).

El Hospital de San Hipólito o también conocido como Hospital de los Inocentes fue una institución creada en la época de la Nueva España que fue creada por San Bernardino para dar asilo a la gran cantidad de enfermos, personas de avanzada edad o de escasos recursos, esto con el fin de resolver sus malestares, sin embargo para las personas con afectaciones mentales o “inocentes” se brindó una especie de alojamiento en donde si bien no se atendía realmente la condición, buscaba aislarlos del resto de la sociedad. (García, 2017)

La creación de este hospital en 1566 refleja los inicios de una preocupación por la salud y el bienestar de la población, aunque es necesario mencionar que si bien la obra creada por San Bernardino despertó interés en las autoridades, no termino con el problema, ni dio abastado a todos los afectados y que además, fue llevada por un proceso de estigmatización que refleja la relación existente en la época entre las creencias y valores influenciados por las diferentes consideraciones tanto políticas, como religiosas.

Además, fueron los principales pilares para los hospitales de la actualidad, “por primera vez en la historia de México y posiblemente de América, fueron alojados

en sanatorio y tratados con el respeto debido a su dignidad de personas” (De González Mariscal, 1960).

La evolución de la salud mental como materia en la época colonial en México refleja la complicada interacción de la política, la sociedad y la religión, como hemos mencionado se mostraron significativos avances en comparación con otras naciones, se continuó con diversos problemas como la estigmatización y la creciente falta de recursos.

Tiempo después, para finales de los años 1600 y bajo el mandato de Melchor Portocarrero Lasso de la Vega en la “Nueva España” la historia se repetía de manera similar. La inauguración del Hospital Real del Divino Salvador, pues se tomaban como referencia las acciones establecidas de San Bernardino, pero para este caso un obrero con gran interés por la población de la ciudad uso sus propios recursos para continuar la historia del primer hospital en beneficio de la comunidad. En este caso el hospital se basó fundamentalmente en una especie de dotación para huérfanas y mujeres consideradas como “dementes” cuyo cuidado quedó a cargo de la iglesia.

Con lo anterior podemos establecer la importancia de las ya existentes iniciativas individuales que mostraba más a menudo la sociedad civil en ausencia de los problemas que enfrentaba el gobierno para la adecuada implementación de recursos. “En el año de 1824 entró en vigor la primera Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, siendo éste un documento de carácter jurídico y político que estableció el sistema político federal y tuvo como fin principal declarar el carácter independiente de México como país” (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2021).

A su vez de este suceso, “siendo ya México independiente, el gobierno declaró al Hospital perteneciente a la federación y de esta manera pasó inmediatamente al cuidado y supervisión del Ayuntamiento” (De González Mariscal, 1960).

Sin embargo, a pesar de los inicios de un nuevo sistema de salud que pudiera organizar o dar frutos para el tratamiento, la búsqueda e investigación para las afecciones mentales no logró dar buenos resultados, tanto así que para las

primeras décadas del siglo XX los “dementes”, porque se creía que merecían ese nombre continuaban sin asistencia e incluso se tenía la creencia que debían estar guardados.

3.2 La época del Porfiriato. Los cimientos que colocaron a la salud mental en lo que tenemos actualmente.

La población mexicana no vivió un evento u actualización radical hasta el año de 1910 cuando los estudios alrededor del mundo ya tenían inicios sobre la comprensión, el diagnóstico y los cuidados de las enfermedades mentales.

De acuerdo con el (Instituto de Investigaciones Históricas, 2023). En México, el interés de algunos médicos por las formas de locura, su sintomatología, etiología y terapéutica se hizo evidente en las últimas décadas del siglo XIX, lo cual se reflejó en la publicación de tesis y artículos. Particularmente, la epilepsia, el alcoholismo y la histeria fueron las afecciones que despertaron mayor atención.

En el pleno inicio de la época revolucionaria y con las presiones de mantenerse al margen de la modernidad europea, Porfirio Díaz 1876-1911 implementó la construcción de un manicomio moderno conocido como “La Castañeda”. Se considera que la creación de este fue la primera gran revolución en materia de salud mental con la que contó México, contaba las características psiquiátricas de los centros más importantes de Europa para obtener un diseño que fuese vanguardista, capaz de albergar a 1200 enfermos.

El 1 de septiembre de 1910 más de dos mil personas conmemoraron el Centenario de la Proclamación de la Independencia de México con la inauguración de un manicomio. Los 25 edificios que mandó a construir el presidente Porfirio Díaz en la antigua hacienda de La Castañeda pondrían a México a la altura de los países más avanzados en el tratamiento de las enfermedades mentales. (Sacristán, 2010)

Ya desde tiempo antes de su creación, en nuestro país existía ese sentimiento e interés por curar o entender lo que ahora se conocía como las “enfermedades del alma”, la llegada de los nuevos tiempos y las influencias extranjeras trajeron a nuestra tierra nacional los diversos temas de medicina y más concretamente la nueva ciencia que se estableció, la “psiquiatría”, un conjunto de temas de interés relacionados con la “locura”, el suicidio y la nueva normalidad que ahora incluía a la peligrosidad que tenían las personas con afecciones mentales.

Está claro que la creación de la Castañeda pretendía traer a México los últimos avances conocidos, así como su implementación en la estructura del gobierno que existía en ese entonces, pues se implementaban nuevos conceptos e ideas que llegaban con gran novedad a nuestro idioma.

De acuerdo con Sacristán (2010)

El manicomio, a diferencia de los antiguos hospitales, pretendía ser un espacio terapéutico y de contención social, e intentaba a través del tratamiento moral influir en el estado anímico del enfermo mediante una estrecha relación médico-paciente que actuara sobre los restos de razón existentes en todo loco, además de apoyarse en distractores del delirio como el teatro, la música o el trabajo, ocupaciones perfectas para evitar que las ideas fijas tomaran posesión de la mente. (Sacristán, 2010)

A partir de 1910 el Estado tomó aún más interés dentro de las instituciones en donde buscó llevar una discusión sobre qué modelo terapéutico sería el más adecuado para la sustitución de los ya antiguos hospitales coloniales. Sin embargo, como la revolución estaba en proceso el hospital vivió las consecuencias de plena revolución demostrando la falta de alimentos, agua, medicamentos y las enfermedades nuevas y crecientes en el territorio nacional, generando de esta manera una forma de vida desagradable para los internos, así como el abandono a la larga de estos, para poder financiar otras cosas que fueron “más importantes” en la época. (Instituto de Investigaciones Históricas, 2023).

La llegada de la Revolución Mexicana revela las grandes limitaciones, así como las consecuencias de los conflictos políticos en la atención de la salud mental, además de esto es claro cómo la percepción de los eventos políticos de tan grandes magnitudes puede afectar negativamente la capacidad de mantener eficientemente operativas las instituciones, en este caso enfocándonos en las del bienestar, salud mental. Es clara la existencia de una creciente falta de prioridad tanto en la agenda política, como en la agenda de salud pública de la época.

Con lo anterior, se puede poner en comparación con otros lugares del mundo en donde se realizaban estudios y actualizaciones constantes sobre la comprensión,

estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales, mientras que en nuestro país todos estos avances terminaban siendo rezagados.

3.3 México Contemporáneo. Los inicios de las reformas médicas y el enfoque de la salud mental

Con el paso del tiempo México abordó diferentes etapas que constaron de diferentes cambios administrativos en la estructura de la salud mental que llevaron a cabo la conocida segunda revolución en salud mental.

Con todo el proceso que ya se había llevado a cabo se implementó una gran reforma médico-administrativa que permitió instaurar de manera grande y apresurada la terapia como un medio para la rehabilitación Empezando por los años 30's, en el mando del modelo de sustitución de importaciones, bajo la presidencia de Lázaro Cárdenas se buscaba darle una nueva orientación a las famosas practicas asistenciales, que pueden ser vistas como una extensión de las políticas que buscaban mejorar las condiciones de vida de la población mexicana, "en este contexto se brindó apoyo al manicomio al mando de tres médicos, Samuel Ramírez, Alfonso Millán y Manuel Guevara, quienes fueron de suma importancia a las próximas reformas institucionales" (Sacristán, 2010), además buscaban establecer un plan que contemplaba de los años 1930 a 1944 para la reestructuración institucional del manicomio y de esta manera poder recobrar la estabilidad perdida de una institución sobrepasada. La planificación a largo plazo, así como las reformas muestran la estrategia política que se pretendía para abordar los desafíos en el campo de la salud mental.

La Castañeda era rescatable como opción terapéutica siempre y cuando fuera objeto de una profunda renovación que comprendiera impulsar la investigación a partir de los hallazgos de la neurología; capacitar al personal que cotidianamente trataba con los enfermos, cuya educación rara vez pasaba de las primeras letras; contar con una Ley General de Alienados que respaldara la acción de la psiquiatría frente a otros poderes y protegiera al enfermo de múltiples abusos, e instaurar tratamientos que frenaran la pérdida de las habilidades que el aislamiento propio del modelo manicomial producía en los pacientes con pronóstico de muy largo internamiento, como la terapia ocupacional, con el objeto de profesionalizar la asistencia. (Sacristán, 2010)

Además de los avances que conllevaban a las instituciones mentales de esos años, llegaban a tierras nacionales otros conceptos que buscaban darle un nuevo orden a la salud mental, empezando por la higiene mental, la cual buscaba

terminar con el origen de las enfermedades mentales, así como del crimen, pues se tenía una relación bastante grande entre éstas gracias a la recién terminada revolución. La higiene mental tenía como principio la acción del Estado para generar una política pública de gestión la cual favoreciera la formación de una nueva sociedad, esta sociedad debería estar integrada por individuos que no tuvieran relación con enfermedades y vicios de la época. La higiene mental fue un término que se acuñó en Francia y se trajo a México con el fin de promover una serie de procesos que pudieran ayudar a resolver a las “enfermedades mentales” creando diferentes servicios de atención médica dirigida a este segmento de la población afectada.

Lo anterior fue un proceso bastante marcado dentro de la política mexicana, que de acuerdo con Urías (2004)

Provocó ascenso del corporativismo, la formación de una sociedad de clases en donde los grupos medios comenzaron a ocupar un lugar importante, finalmente la gestación de una nueva forma de nacionalismo basado en la representación de una sociedad unificada en torno al mito revolucionario y al Estado que lo encarnaba. (Urías, 2004)

Con lo anterior estaba claro que se buscaba generar una nueva sociedad que fuese moral y físicamente regenerada a los tiempos anteriores a la década de los 40's. Aunado a esto es importante mencionar que las afecciones mentales se volvieron de suma importancia pero no por las razones esperadas de buscar resolver estas afecciones que impedían tener una buena calidad de vida en las personas; Una de las razones principales fue en el aumento del crimen en el país que en cierto porcentaje las personas afectadas mentalmente eran culpables. La nueva incógnita era saber si los “enfermos mentales” deberían ser o no ser considerados como individuos peligrosos.

Es así como se implementaron modificaciones dentro del Código Penal en el país, en donde

Se considerará en estado peligroso: a todo aquel que sin justificación legal cometa un acto de los conminados con una sanción del Libro Tercero, aun

cuando haya sido ejecutado por imprudencia o no consciente o deliberadamente. Se excluirán de responsabilidad a aquellas personas en un estado psíquico anormal, pasajero y de orden patológico que perturbe sus facultades o le impida conocer la ilicitud del acto u omisión de que se le acusa, con tal de que ese estado no se lo haya producido conscientemente el paciente. (Urías, 2004)

Los avances dentro de las instituciones fueron creciendo rápidamente y en 1934 salió a la imprenta la primera revista mexicana con especialización en la rama mental, conocida como “Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal” y para 1937 dio inicio la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría”. Gran parte de los artículos que eran publicados en estas revistas apoyaban las ideas mencionadas anteriormente acerca de la creación de una Higiene Física y Mental, de cierta forma buscaron generar un comité que buscara ayudar a la población en general sea o no con la ayuda oficial del gobierno.

Desde esta perspectiva, se consideraba que la enfermedad mental podía ser combatida a través de un Instituto de Higiene Mental cuyo objetivo sería «orientar las actividades de jóvenes y adultos; estudiando a los anormales sospechosos de delincuencia y haciendo una obra de difusión, de profilaxis y de higiene mental (Urías, 2004)

Una vez que se establecieron los planes anteriores en las nuevas instituciones de higiene mental se consideró de manera importante integrar gran parte de estos procedimientos en las escuelas creando un apartado en la Secretaría de Educación Pública (SEP) que de esta manera ayudaría a prevenir desequilibrios que podían ser ocasionados por una mala educación en casa o por características no gratas de parte de los padres.

“Fue entonces cuando comenzó a idear el proyecto que, sin saberlo, acabaría por convertirse en la política de salud mental del Estado mexicano entre 1945 y 1968: las granjas para enfermos mentales” (Sacristán, 2010). Estos avances reflejan el proceso de una institucionalización en el proceso de la investigación, así como de

la formación profesional en materia de la salud mental, así como de los intereses por parte del gobierno para gestionar y respaldar un desarrollo científico en el tema.

Por lo tanto, lo anterior establece la creación de una política de salud mental en el estado mexicano, la cual podríamos establecer en el periodo de 1945 a 1968, tomando en cuenta la planificación, así como la ejecución de estrategias para la creciente importancia en el cuidado de la salud mental en la población.

De acuerdo con (Sacristán, 2010) Se establece que es a partir de este momento que el Estado mexicano atraviesa una nueva transformación, pues cerrar definitivamente el manicomio que a pesar de los intentos por llevarlo a la cima termino en abandono y descuido total te los enfermos

En la cima de la salud, para el año de 1974, en la cumbre de Suiza, diversos países expresaron la urgencia de prestar más atención a las situaciones sociales que podrían afectar la salud y a su vez generar descuidos que elevaran el costo social, por lo que para el año 1982, en nuestro país se contaban con 11 unidades hospitalarias y 24 servicios psiquiátricos instalados principalmente en centros de salud del extinto Distrito Federal. (De la Fuente, 1982)

Este periodo formaría parte del proceso de una transición gradual hacia un sistema político más equilibrado democráticamente, marcado por el fin del presidencialismo autoritario y el surgimiento de las distintas alternancias en el poder, así como los persistentes desafíos en el ámbito de la salud mental en donde México experimentó cambios significativos en su estructura tanto política como social, y al mismo tiempo enfrentó retos continuos en la atención y comprensión de las problemáticas de salud mental en la sociedad. Como dato a agregar, los problemas con respecto a la salud mental en México estaban tomando un crecimiento exponencial. Como muestra de lo anterior, existe una tabla que muestra el crecimiento de las enfermedades mentales en nuestro país.

Tabla 2.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en 1994, México

Trastorno	Hombres %	Mujeres %	Total % [promediado y ajustado]
1. Depresión	4.9	9.7	7.30
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.65
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.90
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.20
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.30
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.05
7. Manía	0.3	0.2	0.25
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.65
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.65
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	0.95

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

. Recuperado de: Servicios de Investigación y análisis, Cámara de Diputados, 2006.

De acuerdo con Servicios de Investigación y Análisis. Camara de Diputados, (2006)

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.

Un dato muy importante para resaltar es el del año 1995, “en donde se emite por primera vez la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médica Psiquiátrica”. (Secretaría de Salud, 2007).

(Servicios de Investigación y Análisis. Cámara de Diputados, 2006)

Un dato muy importante para resaltar es el del año 1995, “en donde se emite por primera vez la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la Prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médica Psiquiátrica”. (Secretaría de Salud, 2007). De manera resumida, la norma del 95 tiene como principios y objetivos, lo siguiente:

1. **Atención médica especializada de calidad:** La norma reconoce que los tratamientos para la atención de la salud mental están en constante cambio debido al rápido desarrollo de la ciencia, una mejor comprensión de los factores que influyen en el origen y evolución de la enfermedad mental, y los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros disponibles para su atención. (Secretaría de Salud, 2007)
2. **Respeto a los derechos humanos del usuario:** La norma enfatiza la importancia del respeto a los derechos humanos de las personas que utilizan los servicios de atención médico-psiquiátrica. (Secretaría de Salud, 2007)

De igual forma existen ciertos puntos de inflexión que se basan en los siguientes principios:

- **Reinserción social:** La norma promueve la reinserción social de las personas con enfermedades mentales, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de programas extrahospitalarios y comunitarios, con un enfoque integral que considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. (Secretaría de Salud, 2007)
- **Modernización de los servicios de salud:** La norma señala la necesidad de continuar modernizando la organización y funcionamiento de los servicios de salud para superar los rezagos existentes. (Secretaría de Salud, 2007)
- **Uniformidad de criterios de operación:** La norma tiene como objetivo uniformar los criterios de operación, actividades y actitudes del personal de las unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-

psiquiátrica, asegurando que la atención se proporcione de manera continua, integral, con calidad y calidez. (Secretaría de Salud, 2007)

- **Aplicación obligatoria:** La NOM-025-SSA2-1994 es de aplicación obligatoria en todas las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, en los sectores público, social y privado del país, que conforman el Sistema Nacional de Salud. (Secretaría de Salud, 2007)

3.4 Transición Política y los Desafíos de la Salud Mental, de Vicente Fox a Peña Nieto. (2000-2012)

3.4.1 VICENTE FOX QUESADA (2000-2006).

Para el 2004, en el sexenio *de Vicente Fox Quesada (2000-2006)*, se estableció uno de los principales antecedentes, esta vez en términos legislativos, pues se crea el Consejo Nacional de Salud Mental, firmado por la secretaria de Salud en ese momento con Julio Frenk como responsable buscando una orientación política directa a la transformación del sistema de salud con enfoque en la salud mental

Este consejo tenía la característica principal de acuerdo con Martell (2016) Ser parte, como un instrumento de la Secretaría de Salud Federal para impulsar la reforma psiquiátrica, iniciada en México bajo el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, por un lado, y por el otro, para llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental en todo el país. (Martell, 2016)

Además, para este año se aprobó la Ley General de Salud y la reforma al Sistema de Salud Mental, en donde incluye un modelo que daría atención a la población afectada, así como a la creación de nuevas estructuras de atención que fuera al mismo ritmo de los avances internacionales. Dentro de esta ley se contemplaban por primera vez distintos padecimientos que darían pie a lo que tenemos hoy en día para el tratamiento de las distintas afecciones dentro del marco de lo mental.

la salud mental incluye, desde trastornos discapacitantes como la esquizofrenia, depresión, obsesión – compulsión y alcoholismo, que son enfermedades neuropsiquiátricas y están entre las 10 enfermedades más discapacitantes, hasta fenómenos sociales como la corrupción, la cual como conducta antisocial es también materia de la salud mental (Cámara de Diputados, 2006)

Es importante mencionar que además de la reforma a la Ley General de Salud, y la salud mental en México comenzaba a tener su propio segmento debido a la demanda y al crecimiento de personas con este padecimiento. De la mano con lo anterior, dentro del Programa Nacional de Salud del año 2000 a 2006 se incluía por primera vez el tratamiento de la salud mental dentro de un programa de gobierno en nuestro país.

De esta forma y de acuerdo con (Cruz, 2023, cómo se citó en Programa Nacional de Salud, 2001-2006). El Programa Nacional de Salud visibilizo las principales líneas de acción para el tratamiento y prevención de la salud mental en México. Es así que se propone “diseñar programas que prevengan los problemas de salud mental y de acción en general, basado en la línea de acción 3.7 para el tratamiento de los problemas mentales” (Secretaría de Salud, 2001)

Es así, que la línea de acción 3.7 del Programa Nacional de Salud tiene como objetivo:

Los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en nuestro país. Se estima que por lo menos una quinta parte de la población mexicana sufrirá en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentarán depresión; medio millón sufrirán esquizofrenia; medio millón padecerá epilepsia, y la demencia la padecerán diez por ciento de los mayores de 65 años. En unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud (Secretaría de Salud, 2001)

De esta forma, las líneas de acción y metas en relación a los padecimientos mentales en México de acuerdo con la Secretaría de Salud, (2001), se conforman de manera resumida por lo siguiente:

1. **Padecimientos mentales:** Se reconoce que los trastornos mentales son una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en México. Se estima que al menos una quinta parte de la población sufrirá algún trastorno mental en su vida, incluyendo depresión, esquizofrenia, epilepsia y demencia.
2. **Demanda de servicios de salud mental:** Se espera que en los próximos años, la demanda de servicios de salud mental en México será una de las principales presiones para el sistema de salud.

Con lo anterior, dentro de este periodo de tiempo se propusieron las siguientes metas:

1. **Incremento de servicios:** Se busca incrementar en un 20% los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
2. **Ampliación de capacidad y recursos:** Se planea ampliar en un 20% la capacidad y los recursos para la atención de salud mental.

3. **Control de tasas de suicidio:** Se pretende mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.

(Secretaría de Salud, 2001)

Esto queda marcado como las primeras acciones que buscaron dar pie a un sistema de salud que tomara en cuenta los nuevos padecimientos que enfrentaba la población, el problema es saber de qué manera constatar lo anterior, pues no existen datos que confirmen si las metas propuestas fueron logradas. De igual forma se acompañó de un Programa de Acción Especifico en Salud mental del año 2002.

Es importante remarcar que este fue el primer programa a nivel nacional con enfoque en la salud mental, de tal manera que fue regulado por la Secretaría de Salud y fue sustentado de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo (PND) del periodo gubernamental 2001 a 2006. En el caso de México, el PND, tiene dentro de sus objetivos el “intentar mejorar los niveles de bienestar de la población, así como el mejoramiento de sus capacidades, a través de acrecentar la equidad e igualdad de oportunidades, fortaleciendo la cohesión y el capital social y ampliando la capacidad de respuesta gubernamental, dando origen a programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales, propiciando la interacción estados – regiones – federación.” (Secretaría de Salud, 2001). Por lo tanto, cada programa nacional debe estar alineado a su PND.

El primer Programa de Acción en Salud Mental “propone un cambio radical en la atención a los problemas de salud mental, ya que es la primera ocasión en el país que se adopta un enfoque integral, coordinado y con cobertura a todos los grupos de población.” (Secretaría de Salud, 2001). Además, dentro de este programa se contempla la creación de nueve programas específicos para abordar los principales trastornos mentales que afectan a la población mexicana, debido a su alta morbilidad e impacto en la capacidad personal, laboral y social.

Estos programas se centró en los siguientes padecimientos:

1. Depresión
2. Esquizofrenia
3. Epilepsia
4. Demencias
5. Psicopatología infantil y de la adolescencia
6. Trastorno por déficit de atención
7. Enfermedad de Parkinson
8. Atención psicológica en casos de desastre
9. Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental

Los programas anteriores buscaban proporcionar una atención más especializada y efectiva para estos trastornos, mejorando así la calidad de vida de los afectados.

Con lo anterior, es importante mencionar la inclusión de un papel de importancia gubernamental en el tratamiento, los primeros significados, así como sus causas y la forma de entender a los trastornos mentales, para esto se tomó en cuenta el modelo de “Estrategias Centrales del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS”



Principalmente se caracterizaban por informar para adoptar mejores decisiones, buscar reducir la estigmatización y la discriminación, mejorar el sistema de políticas de desarrollo para los servicios de salud mental y mejorar la capacidad de investigación.

Ilustración 2 Cámara de Diputados, 2006, Estrategias Centrales del Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS

En 2005 se buscó una reforma en materia de salud mental que contemplara una redefinición, en este caso se tomaría como prioritaria y de esta manera establecer los principios de universalismo básico en atención pública. Sin embargo, no fue hasta el año 2010, en el sexenio de que se estableció formalmente un marco legal y plenamente normativo que representara las bases de lo anterior.

Este último período, que se extiende desde finales de los años 80 hasta los años 2000, muestra el intento de lograr un establecimiento formal entre salud mental y política, caracterizado por la creación de instituciones, así como por la implementación de reformas y la formalización de marcos legales. Sin embargo, a pesar de todos los intentos de establecer un bienestar común con las afecciones mentales, se acepta la existencia de una escasa inversión para este conjunto, lo que de alguna manera sigue dejando en abandono un asunto muy importante como lo es la salud mental.

En concordancia con Cruz, (2023) “es importante recalcar que, aunque en todas las acciones gubernamentales descritas en los instrumentos para atender la “**salud mental**” en el país no especifica el grupo poblacional al que van dirigidos, es trascendental exponer estas actividades porque son las primeras acciones que el gobierno hace para tratar la problemática de los trastornos depresivos en México” (Cruz, 2023). Sin duda, la presión de los organismos internacionales, así como la llegada de un nuevo siglo repleto de paquetes de derechos y nuevos estándares, llevaron a Vicente Fox a rectificar la problemática de la salud mental en México.

3.4.2 FELIPE CALDERÓN HINOJOSA (2006-2012)

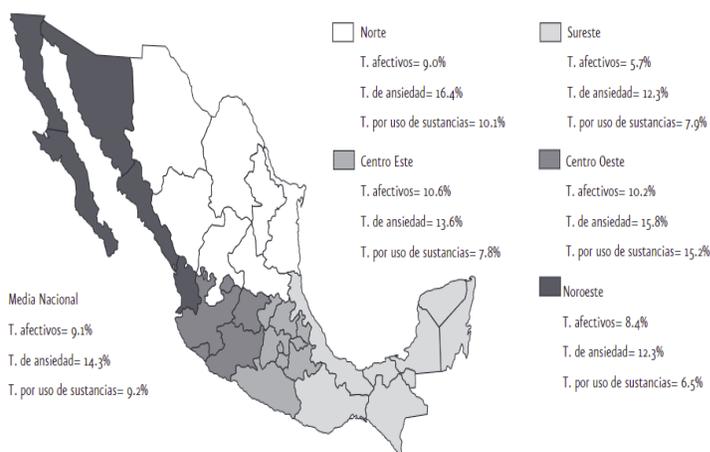
En el caso del sexenio de *Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012)*, al ser un gobierno del mismo partido político al de Fox, no existieron grandes cambios dentro del apartado de la salud mental, se esperaba que lo propuesto siguiese implementándose. En el sexenio de Calderón la salud mental se consideraba como un área ignorada dentro del sector salud y esto se debía en grandes rasgos al estigma que lleva atrasando nuestro país durante años, así como de los tan

limitados recursos del país, sin mencionar también la centralización que tiene el sector salud hacia los hospitales psiquiátricos que se han vuelto ineficientes.

Desde el gobierno de Calderón se tenía en consideración la reestructuración de los servicios de salud mental, pues se tiene en mente el concepto de los “servicios comunitarios”, ya que se cree que estos pueden integrar tanto a programas como a unidades que satisfagan las necesidades de la población. “La atención en salud mental de base comunitaria ha demostrado ser efectiva en la reducción de la discapacidad social debido a la integración del enfermo a los diferentes ámbitos de la sociedad” (Secretaría de Salud, 2007)

Un dato importante que debe ser mencionado es el crecimiento que tuvieron los trastornos mentales en este periodo, en el documento del Programa de Acción Especifico de Salud Mental de 2007 se hace mención: “En México, el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en cuanto a la pérdida de años de vida saludables (el 6.4% de población lo padece), los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%)” (Secretaría de Salud, 2007).

Como dato adicional, decidimos agregar este recurso visual, en donde se puede observar el crecimiento de los trastornos mentales en nuestro país, en el periodo presidencial de Calderón.



3 Incluye los estados de: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.

4 Incluye los estados de: Aguascalientes, Jalisco, Colima, Guanajuato y Michoacán.

5 Incluye los estados de: Guerrero, Morelos, Estado de México, Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla.

Ilustración 3, Secretaría de Salud, 2007, Prevalencia de trastornos mentales alguna vez en la vida por región geográfica.

En el gobierno de Calderón los cambios para el sector de la salud mental se dieron de una forma más organizativa en relación con las instituciones encargadas de ejercerla, esto lo podemos comparar entre el gobierno anterior de Fox y este de Calderón en ciertos aspectos. De acuerdo con Cruz, (2023), los cambios organizacionales que existieron se dieron alrededor de:

El encargado del tratamiento de la depresión durante el sexenio de Fox fue el organismo público desconcentrado “Los Servicios y Salud Mental” que eran unidades especiales que trabajaban el tema de la depresión en los centros de salud, comunitarios e integrales, así como en los hospitales psiquiátricos. Ahora, en el gobierno de Calderón este organismo desconcentrado le pasa la facultad a la nueva institución pública creada por la Secretaría de Salud: el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental de encargarse de las políticas nacionales en materia de salud mental (Secretaría de Salud, 2008). Adicionalmente, aunque “Los Servicios y Salud Mental” ya no son la institución encargada de dirigir las acciones gubernamentales a nivel nacional sobre salud mental, entre ellas la depresión, esta continúa siendo uno de los órganos del gobierno que trata la depresión en México. Sin embargo, sufrió varios cambios, como el cambio de nombre, pues ahora es conocido como “Servicios de Atención Psiquiátrica”; asimismo también su conformación interna fue modificada, durante este sexenio el organismo se comprendió de las siguientes instituciones: los Hospitales Psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Juan N. Navarro y Samuel Ramírez Moreno, así como los Centros Comunitarios de Salud Mental de Cuauhtémoc, Iztapalapa y Zacatenco (Secretaría de Salud, 2010: 88).

(Cruz, 2023)

Con los datos anteriores, dejamos en claro que en este sexenio se tenía en cuenta como organismo desconcentrado y regulador de la salud mental al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, este mismo y de acuerdo con la Secretaria de Salud, (2007).

En su programa de acción plantea como eje rector el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, que como se ha mencionado tiene un enfoque bio-psicosocial, porque además de proponer estructuras de atención involucra la promoción a la salud mental, la disposición de psicofármacos para los tratamientos de los usuarios y el pleno respeto a sus derechos humanos. Este programa de acción prevé la detección, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, así como actividades de promoción y de prevención (Secretaría de Salud, 2007)

El Modelo Miguel Hidalgo, que es el pilar del programa de acción en salud mental, propone una nueva forma de tratar a las personas con enfermedades mentales. Este modelo:

1. **Transforma la atención:** Propone un cambio en la forma en que se atiende a las personas con enfermedades mentales, alejándose del modelo psiquiátrico asilar.
2. **Establece nuevas instituciones:** Planea la creación de nuevas estructuras que respeten los derechos de los pacientes a recibir atención médica y psiquiátrica de alta calidad y con un trato humano.
3. **Promueve la reintegración rápida:** Su objetivo principal es reintegrar al paciente en su entorno lo más pronto posible.
4. **Proporciona una red de servicios:** Ofrece una variedad de servicios que incluyen prevención, hospitalización de corta duración y reintegración social.

Este modelo se implementó en el 2000 y ha sido un paso importante en la mejora de la atención de la salud mental en México. (Secretaría de Salud, 2007)

Con todo lo anterior y teniendo en cuenta las bases que se tenían en un principio en el sexenio presidencial de Fox (2000-2006) la salud mental en México cumplió de ciertos avances de acuerdo con su Programa Nacional de Salud Mental, en resumen, los avances logrados se conjuntan en lo siguiente:

De acuerdo con la (Secretaría de Salud, 2007), en el Programa Nacional de Salud Mental del año 2007 se llevo a cabo lo siguiente:

1. Incorporación al Sistema de Protección Social en Salud: El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental solicitó la inclusión de los padecimientos psiquiátricos más comunes en el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2007 ya cubre la detección de trastornos por déficit de atención, la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, así como el diagnóstico y tratamiento de depresión y psicosis (incluyendo esquizofrenia).
2. Inclusión de usuarios de hospitales psiquiátricos: Se logró que todos los usuarios de los hospitales psiquiátricos del país fueran incorporados a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, cumpliendo así las expectativas del eje 3 del Plan Nacional de Desarrollo, "igualdad de oportunidades".
3. Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental: Se implementaron diversas estructuras y programas de este modelo en la República Mexicana, incluyendo el apoyo a usuarios del Programa Invierno Sin Frío y la implementación de tres programas de rehabilitación psicosocial en 29 hospitales psiquiátricos públicos.
4. Supervisión y cumplimiento de normas: El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental supervisó directamente a los Hospitales Psiquiátricos para vigilar el cumplimiento de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994 y promover la

implementación nacional del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

5. Reconocimiento internacional: En noviembre del 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocieron el “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental” como una experiencia exitosa que sirve como referencia para sus acciones globales.

En México se han realizado esfuerzos para mejorar la atención de la salud mental. Estos esfuerzos se han centrado en la reforma de las leyes y normas existentes, así como en la implementación de nuevos modelos de atención. A continuación, se presentan dos modificaciones para el tratamiento de la salud mental. De acuerdo con Cruz, (2023), en materia jurídica existieron cambios dentro de sector de la salud mental, específicamente “se reformó en el 2011 y 2013 el Capítulo VII - Salud Mental de la Ley General de Salud, y se creó en 2012 la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica” (Cruz, 2023)

Explicado de acuerdo con la información retomada de Cruz, (2023) la reforma del Capítulo VII de la Ley General de Salud y la implementación de la NOM-025-SSA2-2012 de manera resumida se basaron en lo siguiente:

1. Reforma de la Ley General de Salud: Esta reforma introdujo cambios significativos en los artículos del 72 al 77 e incluyó una sección BIS al artículo 74. Los cambios más destacados son:
 - La Secretaría de Salud reemplazó a la Secretaría Salubridad y Asistencia como la entidad encargada de la salud mental en el país “Diario Oficial de la Federación, (2011)”.
 - Se redefinieron las afecciones mentales, que antes se consideraban enfermedades mentales, ahora se consideran

trastornos mentales y del comportamiento “Cámara de Diputados, (2013)”.

- Se ampliaron las acciones de investigación del gobierno para mejorar la atención integral y comunitaria a los pacientes, y se reconocieron por primera vez los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento

2. NOM-025-SSA2-2012: Esta norma oficial establece los criterios de operación y organización para los establecimientos que brindan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Destaca la necesidad de proporcionar atención continua, de calidad y con calidez, respetando plenamente los derechos humanos de los usuarios “Diario Oficial de la Federación, 2012”. Algunos de los criterios notables incluyen la Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, Atención Psicológica, Centros Integrales de Salud Mental y Centros Comunitarios de Salud Mental, Educación para la Salud Mental, Evaluación Clínica Psicológica, entre otros,” Diario Oficial de la Federación, (2012)”.

(Cruz, 2023)

Como conclusión, durante el periodo presidencial de Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012), la salud mental en México experimentó diferentes avances, aunque, es cierto, todavía enfrentaba desafíos significativos. El gobierno implementó esfuerzos dentro de su estructura organizacional, como la creación del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y poder liderar las políticas de salud mental, así como la implementación del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, que propone un enfoque bio-psicosocial y comunitario.

Se lograron avances en la inclusión de trastornos mentales dentro del Seguro Popular, brindando mayor acceso a estos. Además, se llevaron a cabo reformas normativas, como la modificación de la Ley General de Salud en 2011 y 2013, y la creación de la NOM-025-SSA2-2012, que estableció criterios de operación para la atención integral médico-psiquiátrica.

Sin embargo, persistieron desafíos asociados al estigma con la salud mental, así como la centralización de los hospitales psiquiátricos, lo que claramente limitaba la eficiencia de estos.

3.4.3 ENRIQUE PEÑA NIETO (2012-2018).

El periodo presidencial de Peña Nieto es lo más cercano a comparar con el sexenio actual de López Obrador. Dentro de su periodo presidencial se puso en marcha el Programa de Acción Especifico de Salud Mental (2013-2018), éste se apoyará del programa de salud mental del sexenio anterior, en donde estará “sustentado en el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, y sirve de punto de partida para formular, ejecutar y en su caso consolidar la aplicación de dicho modelo en el país, como Plan Nacional de Salud Mental.” (Secretaría de Salud, 2013). Como dato adicional y de acuerdo con la Secretaría de Salud, (2013), el Programa se enfoca en la reestructuración de los servicios y la expansión de la cobertura. En lugar de centrarse en la atención a largo plazo en hospitales psiquiátricos, se prioriza la atención en centros de salud no especializados. Se busca incrementar la cobertura de intervenciones basadas en evidencia para trastornos prioritarios, utilizando una red interconectada de servicios comunitarios de salud mental. Esto incluye, además de breves hospitalizaciones, atención ambulatoria en hospitales generales, atención diurna y primaria, apoyo a personas con trastornos mentales que viven con sus familias y alojamiento subvencionado.

Para la realización de estas actividades se encargó el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, así como los Servicios de Atención Psiquiátrica y con el apoyo de la Comisión Nacional contra las Adicciones para el seguimiento de las actividades para dar continuidad al proceso de la salud mental en México. De acuerdo con Cruz, (2023), se implementó lo siguiente:

Durante el periodo de tiempo mencionado, se llevaron a cabo varias acciones significativas en el ámbito de la salud mental en México:

1. **Promoción de la salud mental:** Los Servicios de Atención Psiquiátrica impartieron 2,872 pláticas para promover acciones preventivas y la

detección temprana de los trastornos mentales más frecuentes (Secretaría de Salud, 2016: 72)

2. **Atención a jóvenes:** Las Unidades de Especialidades Médicas Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) atendieron a jóvenes de 18 a 24 años, ayudándoles a desarrollar competencias cognitivas, emocionales y sociales para afrontar mejor los riesgos derivados de la depresión, las adicciones, la violencia familiar, etc. (Secretaría de Salud, 2017: 57)
3. **Implementación de Guías de Práctica Clínica:** El ISSSTE implementó estas guías para los algoritmos de depresión, diabetes, hipertensión arterial sistémica, infarto agudo al miocardio, sobrepeso, obesidad y leucemia en varias Clínicas de Medicina Familiar [^Secretaría de Salud, 2018: 78^]. Además, se realizaron Foros de Consulta donde se presentaron propuestas en materia de salud, incluyendo la implementación de programas de prevención de suicidios, autolesiones y depresión infantil (Instituto del Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2013: 130).
4. **Apoyo a pacientes:** El Hospital Regional de Alta Especialidad de la Ciudad de Victoria (HRAEV) brindó apoyo a 400 pacientes adultos y jóvenes que requerían servicios de alta especialidad para tratar trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno de bipolaridad, entre otros. También se apoyó a 148 adolescentes que manifestaron riesgo de suicidio por algún tipo de depresión (Secretaría de Salud, 2017: 47)
5. **Difusión de guías de práctica clínica:** La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) inició la difusión de las guías de práctica clínica (GPC) en las 32 entidades federativas y en las instituciones del sector salud para mejorar la atención en los establecimientos de atención médica sobre problemas prioritarios en salud (Secretaría de Salud, 2017: 92)

De igual forma, existieron cambios dentro del ámbito normativo, en este caso de la Ley General de Salud, así como la actualización e implementación de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), en donde de acuerdo con Cruz, (2023):

En el 2015 se reforma el artículo 73 del Capítulo VII titulado “Salud Mental” de la Ley General de Salud, en donde la fracción I se modifica y se adiciona una fracción VIII reconociéndose la actual para hacer ahora la fracción IX, para quedar el artículo de la siguiente manera: (Cruz, 2023)

Artículo 73.- ...

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas con carácter permanente que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad.

II. a VI. ...

VII. La participación de observadores externos para vigilar el pleno respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, que son atendidas en los establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud;

VIII. La detección de los grupos poblacionales en riesgo de sufrir trastornos mentales y del comportamiento, preferentemente niñas, niños y adolescentes, y

IX. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan a la

prevención, atención y fomento de la salud mental de la población

(Diario Oficial de la Federación, 2015). (Cruz, 2023)

En el apartado normativo, se implementaron la norma: NOM-025-SSA2-2012, así como su actualización en el año 2014: NOM-025-SSA2-2014, ambas enfocadas al tratamiento psiquiátrico, en resumen, abarcan lo siguiente:

NOM-025-SSA2-2012: Proyecto de Norma Oficial Mexicana nom-025-ssa2-2012, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. En donde, de acuerdo con el Diario Oficial de la Federación, (2012); “Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios.” (Diario Oficial de la Federación, 2012)

Por otra parte, la norma NOM-025-SSA2-2014, se resume en lo siguiente: “Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.” (Diario Oficial de la Federación, 2014), del mismo modo, tiene como objetivo el fortalecimiento de la estructura, así como la modernización dentro de su funcionamiento para poder brindar mejores servicios de salud de acuerdo con los rezagos existentes.

Si bien han existido esfuerzos para tratar esta problemática, se carece de una evaluación que determine si existen resultados positivos acerca de lo aplicado, además, el acceso al sistema de salud y en este caso de la salud mental sigue siendo una preocupación.

3.4.4 Las organizaciones internacionales y la salud mental en México.

En México, como en diversos países de Latinoamérica, el impacto de la salud mental se vio influenciado por gran medida gracias a los mecanismos

internacionales. A partir de las últimas décadas, los organismos internacionales se han orientado en la construcción de sociedades inclusivas, más igualitarias y con pleno respeto de un marco de derechos (CEPAL, 2010).

Con lo anterior, la implementación de la salud se definiría como el completo estado de bienestar físico, mental y social, dejando de lado las enfermedades y las infecciones. Gracias al impacto internacional la salud y el espectro mental se han considerado como un derecho humano que debe ser garantizado. En nuestro país, desde 1983 se introdujo una reforma en el artículo 4° de nuestra constitución, convirtiendo el tema de la salud en un tema de protección, que deja de ser completamente médico para entrar en el ámbito jurídico. Brena (2020).

A continuación, mostramos una recopilación sobre los tratados y acuerdos que suscribió México para la atención y el tratamiento de la salud mental.

- A partir de 1986, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a influenciar el tratamiento de la salud, así como de la salud mental, en donde de acuerdo con la OPS (1986). “Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (OPS, 1986). Es en este momento en donde las naciones latinoamericanas empezaron a poner manos a la obra por presión de estos organismos internacionales.
- Continuando, en 1990 surgieron diferentes ideas como parte de la 23ª Conferencia Sanitaria, en donde empezó un proceso que buscaba crear campañas de comunicación social educativas especializadas en temas de salud, de esta forma podrían generar una relación de corresponsabilidad entre gobierno y población para el tratamiento de las enfermedades. De igual forma, en 1990, de acuerdo con el Programa de Acción Específico, (2013-2018)

- La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica celebrada en Caracas, Venezuela, en 1997, marcó un hito histórico en las Américas. La Declaración de Caracas destacó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad. Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera. Las Conferencias Regionales de Salud Mental en Brasilia y Panamá, evaluaron el camino recorrido y establecieron nuevas direcciones para el trabajo. (Secretaría de Salud, 2013)
- En 1997 con la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, específicamente en las declaraciones de Yakarta se establecieron del mismo modo estrategias de comunicación sobre la salud, haciendo énfasis en países pobres y en cómo se podría mejorar la efectividad de la comunicación de las campañas de salud.
- “En el 2008, la OMS presentó el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental, mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales y neurológicos (mhGAP, por sus siglas en inglés) y en el 2010 se publicó la Guía de Intervención del mhGAP (mhGAP-IG).2,25” (Secretaría de Salud, 2013)

- La Organización Mundial de la Salud tiene un plan de acción sobre salud mental que abarca del año 2013 y va dirigido hasta el 2030, como propuesta para que los gobiernos modifiquen sus programas, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población. A continuación, se adjunta una ilustración que lo detalla de mejor manera.

Objetivos	Características por metas
Objetivo 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	1.1. Políticas o planes de salud mental elaborados, actualizados, y alineados a los instrumentos internacionales de derechos humanos. 1.2. Leyes de salud mental elaboradas, actualizadas, alineadas a los instrumentos internacionales de derechos humanos.
Objetivo 2. Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios	2.1. Aumento de la cobertura de servicios de salud mental. 2.2. Incremento en la disponibilidad de centros de salud mental comunitarios, que sean ambulatorios u hospitalarios. 2.3. Integración de la salud mental en la atención primaria, con variedad en los servicios.
Objetivo 3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental	3.1. Funcionamiento de al menos dos programas multisectoriales de promoción y prevención de salud mental. 3.2. Disminución de la tasa de suicidios por cada 100,000 habitantes. 3.3. Sistema de preparación en salud mental y apoyo psicosocial para hacer frente a emergencias, disponible y en operación.
Objetivo 4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental	4.1. Conjunto básico de indicadores medidos de forma periódica y sistemática. 4.2. Promoción de la investigación sobre la salud mental.

Fuente: OMS (2022b)

Ilustración 4. Objetivos y características del Plan de Acción sobre Salud Mental. Obtenido del DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022 (EVALÚA, 2022)

- El Consejo Directivo de la OPS (2013) aprobó el Plan Estratégico 2014-2019. La Categoría 2 del Plan se centra en la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles, incluyendo, entre otras, los trastornos mentales mediante la promoción y la reducción de riesgos, prevención, tratamiento y monitoreo de estas enfermedades y sus factores de riesgo. En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA 65.4 que aprobó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental. (Secretaría de Salud, 2013)
- En octubre del 2013, tuvo lugar la I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y Familiares, auspiciado por la OPS y el Gobierno de Brasil, que produjo el Consenso de Brasilia. (Secretaría de Salud, 2013)

Como conclusión dentro de los aspectos internacionales y en este caso la salud mental, se describe y se recomienda la necesidad de que existan programas e instituciones de salud que mejoren su organización y así el uso de las estrategias de comunicación ayuden a hacer efectivos los objetivos que se recomiendan mundialmente para mejorar la calidad de vida

3.4.5 El periodo de la “4T” y la Emergencia Sanitaria de COVID-19.

A partir del inicio del nuevo milenio, el tratamiento con respecto a la salud mental se ha visto modificado de diferentes formas. Sin embargo, es necesario aclarar algo muy importante, el hecho de que existan programas con énfasis en el tratamiento de la salud mental no es suficiente, como hemos visto en los primeros capítulos acerca de las políticas públicas, para que estas funcionen eficientemente, es necesaria la realización de evaluaciones constantes que permitieran mostrar los logros o estadísticas relacionadas a los programas enfocados en la salud mental, en este caso las evaluaciones son nulas y no muestran una redirección con respecto a esta problemática.

En el 2018 México cambio el gobierno, el cual representaba una nueva orientación política a la existente de los partidos anteriores. Con la llegada de Andrés Manuel López Obrador se implementaron de forma distinta nuevas medidas, esto no quiere decir que sea mejor, ya que se ha generado un proceso en donde se desmantelaron ciertas instituciones existentes, así como la unificación del factor adicción y salud mental. Este cambio también ha dejado una marca en el ámbito de la salud mental de la población. La nueva forma de comunicación política, caracterizada por una agenda pública monopolizada por parte del Ejecutivo, ha tenido un impacto en la percepción y la gestión de la salud mental

Otro aspecto bastante importante y del cual nuestro trabajo tiene su orientación es con respecto a la emergencia sanitaria de la COVID-19. La llegada del nuevo gobierno, así como el arribo de la emergencia sanitaria de COVID-19 ha intensificado estos cambios con respecto a la salud mental, la atención pública se ha centrado en la gestión de la pandemia y ha dejado de lado en cierta forma a las personas con problemáticas con respecto a su salud mental. Esta situación ha creado un entorno en el que las cuestiones relacionadas a la salud mental han adquirido más relevancia, tomando en cuenta la incertidumbre, el estrés y las dificultades socioeconómicas asociadas con la emergencia sanitaria. A pesar de estos cambios y desafíos, aun no existe y se continua con la necesidad de un método efectivo que evalúe y aborde las necesidades de la población en términos mentales en México.

Dicho esto, una vez que se ha dado un contexto de los antecedentes de la salud mental en México, el presente trabajo terminal tiene por objetivo analizar y contrastar las acciones que fueron implementadas por el gobierno federal en materia de salud mental, antes, durante y después de la emergencia sanitaria por la COVID-19, por lo que para la elaboración del mismo se requiere esclarecer términos que de acuerdo al criterio de quienes lo estamos elaborando, serán de gran utilidad para ayudar a comprender al lector de mejor manera el trabajo en cuestión.

4.EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.

Las políticas públicas de salud mental deben ser consideradas como instrumentos que apoyan al tratamiento del bienestar y desarrollo de la población, así como para la mejora de la calidad de vida de esta misma. Por lo tanto, para el proceso del presente trabajo continuaremos con cuatro ejemplos sobre las experiencias internacionales de salud mental de Perú, Argentina, Brasil y Chile Hemos decidido enfocarnos en naciones ubicadas en latinoamericana por el hecho de que se comparte con un tipo de afinidad tanto cultural como con condiciones políticas similares que nos permitirá contextualizar las similitudes y diferencias en las estrategias de salud mental en comparación con México.

Tomar esta aproximación además de enriquecer el tema ofrece ideas que pueden ser innovadoras para abordar los desafíos de la salud mental en México, es importante tomar en cuenta las perspectivas internacionales por su contribución para permitir una evaluación crítica y además fundamentada de acuerdo con las políticas de salud mental en México.

4.1 Perú

Para la mayoría de los países latinoamericanos la influencia de los organismos internaciones siempre ha logrado ejercer una presión significativa que con el tiempo lograría modificar la conducta de estos gobiernos con el fin de actualizar sus sistemas de gobierno al nivel de las naciones primermundistas. Organizaciones de salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud han sido las pioneras en ejercer esta presión para que los estados latinoamericanos reconozcan el derecho de la salud mental.

En la década de los 2000 se intensificó este proceso en el sur del continente americano, ocasionando que en diversas naciones y para este caso Perú hayan desarrollado algunos programas nacionales para la salud mental, así como la reforma de su sistema legislativo y el de la protección de los derechos humanos para las personas con trastornos de salud mental, esto de acuerdo con (Henao et al., 2016)

Para el concepto de la salud mental, Perú ha tomado el concepto definido como el estado dinámico en el cual se integra lo biológico y lo social, lo anterior es aquel que favorece a desarrollar las potencialidades psíquicas, así como trabajar de manera productiva y en el bienestar de la población (Henaó et al., 2016). Es importante mencionar que en realidad los aportes y la mayoría de las ideas de la salud mental se han incorporado a los documentos legislativos a partir de lo que mencionábamos anteriormente acerca de la presión por parte de los organismos internacionales.

Podemos considerar un evidente atraso con respecto a las acciones con respecto a la salud mental, considerando además las dificultades del Perú, lo que han ocasionado que la aplicación de políticas de salud mental no se haya visto aplicado adecuadamente. De acuerdo con el (Ministerio de Salud de la República de Perú, 2004), se presentan los siguientes problemas.

El Perú está considerado dentro de los países pobres del mundo compartiendo con ellos un conjunto de características económicas, sociales y culturales que actúan en contra del desarrollo integral y de la salud mental, influyendo sobre la cotidianidad, la capacidad de ajuste y afronte a las crisis, el acceso a los servicios de salud y la calidad y eficiencia de los mismos. Exclusión social para grandes sectores de la población respecto a los servicios de salud, educación, trabajo y derechos ciudadanos; Otro aspecto de la exclusión son las desigualdades en el tratamiento de los grupos de edad, también exclusión de las diferentes etnias, expresada en diferencias en el acceso a los servicios e información sobre la salud mental, en la falta de sensibilización de las políticas y acciones de salud respecto a las características culturales que le son propias.

Como ya hemos visto, la situación en Perú ha mostrado un escenario difícil para el correcto desarrollo del bienestar de la salud mental en la región, si bien el país tiene herramientas naturales y humanas que pueden usar como fuente potencial para el correcto desarrollo del bienestar mental, existen

diversas limitantes en cuanto a la equidad y la discriminación que afectan directamente al bienestar y mente de la población.

Complementando lo anterior, en Perú los problemas relacionados a la salud mental están identificados por los siguientes temas:

Entre los problemas prevalentes de salud mental están: los trastornos mentales -depresión, ansiedad, dependencias y suicidio asociado y las problemáticas psicosociales como el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol y la violencia (sexual, incesto, maltrato infantil, contra la mujer, política y otras violencias sociales).

Continuando con este contexto, no se asume la complejidad de la salud mental, existe una falta importante con respecto a la claridad conceptual entre el proceso definido como salud y enfermedad, esto provoca bastantes interferencias para la promoción de políticas, así como la prevención de la salud mental.

En cuanto a políticas en materia de salud mental en Perú están delineadas a través de nueve lineamientos estratégicos que abordan diversos aspectos para mejorar y fortalecer el sistema de salud mental en el país. Cabe mencionar que estos lineamientos no han tenido modificación relevante o alguna comisión que haya regulado de manera constante hasta la llegada de la emergencia sanitaria de COVID-19, una vez mencionado esto, los lineamientos para las políticas del Perú de acuerdo con el (Ministerio de Salud de la República de Perú, 2004) se definen por 8 lineamientos, en donde rescatando lo esencial se definen por lo siguiente:

1. Una gestión efectiva: se busca administrar recursos y servicios de manera eficiente.
2. Integración en la salud en un aspecto en general: se reconoce la relación entre salud mental y bienestar general.
3. Un nuevo modelo de servicios: prioriza la prevención y la atención integral.
4. La promoción activa: fomenta la salud mental, el desarrollo humano y la participación ciudadana.

5. Colaboración multisectorial: se busca un trabajo conjunto entre gobierno y población para abordar desafíos de salud mental.
6. Información especializada: con la recopilación de datos relevantes para decisiones bien informadas.
7. El desarrollo de profesionales: fortaleciendo y capacitando a quienes trabajan en el sector de la salud mental.
8. Búsqueda de la mejora continua: creación de procesos sistemáticos de planificación, monitoreo y evaluación.
9. Participación de usuarios: involucrando a usuarios y sus familias en las decisiones

Estos lineamientos forman un marco comprensivo que busca abordar los desafíos y promover la salud mental en Perú, abarcando desde la gestión administrativa hasta la participación de la comunidad.

Un dato importante es que no existen cimientos estables sobre una política pública dedicada a la salud mental en el Perú, para inicios de la emergencia sanitaria de COVID-19, 7 de cada 10 personas de la población peruana sentían que su salud mental se había visto afectada por el confinamiento. (Velázquez, 2023). Como hemos mencionado, la creciente inestabilidad del país, así como los datos de pobreza han creado un impacto bastante negativo con respecto a la salud mental de la población del Perú.

Es así como en el periodo de confinamiento existieron bastantes dificultades para llevar a cabo la realización de la salud mental, dada la poca o nula ayuda del gobierno en estos aspectos las comunidades, respetando sus aspectos sociales y culturales, pudieron coordinar y articular estrategias comunes para contener la transmisión de la COVID-19, así como organizar rondas campesinas para promover el cuidado y orden social. (Velázquez, 2023)

Al igual que en Perú, México ha podido aprovechar su relación con organismos internacionales en el ámbito de la salud mental. La influencia de organizaciones

como la OPS y la OMS ha sido muy importante para generar los cambios significativos en materia legislativa, así como la implementación de políticas que reconozcan y promuevan la salud mental.

Tanto Perú como México se han visto desafiados por aspectos socioeconómicos y culturales que han afectado a la salud mental de su población. Tanto la exclusión social, las desigualdades en el acceso a servicios y la falta de sensibilización respecto a las diferencias culturales son problemas que México y la mayoría de las naciones latinoamericanas deben enfrentar. Es importante que exista un correcto aprovechamiento en cuanto a las estrategias y dificultades de ambas naciones para tener una perspectiva más amplia, pues en ambas las afecciones mentales, el abuso de sustancias y la violencia se han desarrollado como

aspectos bastante similares entre ambos países, es así como un correcto aprovechamiento podría ayudar con la gestión eficiente y la integración de la salud mental en el concepto general de salud.

4.2 Uruguay

En Uruguay la situación con respecto a la salud mental tiene bastante relación con México en diversos aspectos. En Uruguay la salud mental ha pasado por un proceso de transición similar al de nuestro país, desde la época colonia retomando la construcción de casas para los enfermos mentales, hasta el proceso contemporáneo, en donde la era de los fármacos y la institucionalización de la salud reformaría el sistema completamente. En Uruguay desde finales de la década de los 80s la población se ha ido formando por las diversas crisis del país dentro de la clase baja, por lo tanto, existe una vinculación entre la atención psiquiátrica con la relación económica de la población. Dentro de Uruguay el concepto de salud mental se percibe como

Proceso dinámico de las personas y grupos sociales, resultantes de fenómenos de interacción dialéctica de los diferentes componentes, que le

permiten la adaptación adecuada y ajuste en función de las diferentes circunstancias por las que atraviesa como individuo y ser social en un lugar y momento dado. El estado de salud aspirado es aquel en que las personas dispongan de mejor capacidad y habilidad de supervivencia, representación de sí mismos y de lo externo tal, que puedan vivir, convivir y generar bienestar y desarrollo (de León, 2013)

Uruguay al igual que México se consideraba como un país con acelerado crecimiento con respecto a la salud mental, pues para finales del siglo XIX, los tratamientos de la salud mental estaban presentes, claramente inspirados por los diseños internacionales, con el fin de promover mayores avances tecnológicos. Como en la mayoría de los casos de América Latina, las crisis económicas, políticas y sociales no faltaron y se hicieron notar de igual manera en Uruguay, ocasionando la degradación apresurada de los servicios de la salud mental. de León, (2013)

El modelo de atención para la salud mental en Uruguay principalmente se caracteriza por el uso de hospitales psiquiátricos desde la década de los 30's, denominada como "Asistencia a Psicópatas", un periodo bastante turbulento, caracterizado por la complicada situación política del país, ya que para ese momento se encontraban en una dictadura militar. Para la década de los 50's se comenzó el proceso farmacológico en donde se buscaba usar al denominado "loco" como una mano de obra, sin mencionar que el excesivo uso de medicamentos para las personas con problemas mentales provoco diversos efectos secundarios que terminaron afectando su situación en general. de León, (2013)

A partir de la década de los 80's en Uruguay se crea el Programa de Salud Mental, del cual se justificarían más adelante los nuevos avances en la materia. Este programa se basaba en "desarrollar la atención en el primer nivel de atención, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización de los servicios hacia todo el interior del país y la creación de centros de rehabilitación" (Ministerio de Salud Pública, 2020)

Si bien fue un buen comienzo para el desarrollo de la salud mental, se ha criticado bastante, pues a pesar de dar un lugar a la población afectada, existían diversos temas dentro del programa del 86 que no resolvían correctamente el problema. De acuerdo con Baroni (2017), las principales causas por las que no funcionaba adecuadamente este programa se describen de manera resumida por los siguientes puntos:

1. Crítica a la existencia de espacios de encierro en salud mental, abogando por más servicios comunitarios.
2. Se critica el enfoque biologicista del sistema de salud mental.
3. Condena del uso indiscriminado de electroshock.
4. Propuesta de eliminar el "Inspector del Psicópata" y crear un órgano de control de derechos humanos.
5. Necesidad de abordar las condiciones de vida para la integración social.
6. Propuestas de inclusión laboral y autogestión para personas con padecimientos psíquicos.
7. Énfasis en la participación de los trabajadores en el cambio de modelo de salud mental.
8. Instancia al Estado a garantizar participación en políticas de salud mental.
9. Propuesta de cambiar el marco jurídico para combatir estigmas sobre la locura.

(Baroni, 2017)

Las políticas con respecto a la salud mental en Uruguay, al igual que en el resto de los países que hemos analizado basan su crecimiento con respecto a este sector por la presión que han ejercido los organismos internacionales con respecto a los estándares mundiales. Por ejemplo, de acuerdo con de León, (2013)

La Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (O.M.S/O.P.S.) que culmina con la Declaración de Caracas de 1990, proclama entre otras cosas: la intención de superar el modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar –fundamentalmente porque éste no es compatible con los nuevos objetivos– enfocados en la atención comunitaria: descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, en lucha contra los principales problemas y abusos de la discriminación que sufre la población problemas de salud mental (de León, 2013)

Si bien, la presión ha ayudado a que los países latinoamericanos pongan su granito de arena y ejercen un mejor apoyo a la población que padece de estos problemas, no siempre los resultados son como se esperan, en el caso de Uruguay, se ha confirmado que a pesar de las acciones internacionales existe un alto grado de maltrato hacia los internados, así como el uso en abuso de psicofármacos y electroshock, sin mencionar la falta de personal que este bien capacitado. de León, (2013)

Es importante mencionar que Uruguay a pesar de las diferentes recaídas que ha tenido con relación a su sistema político y económico ha tratado de mantense actualizado, o en regla con los aspectos mentales. “Para el año 2005 se elaboró el documento “Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial”, actualización del PNSM en nuevas condiciones sociales y políticas en los umbrales de cambios profundos del sistema de salud” (de León, 2013) básicamente buscaban mejorar las condiciones a futuro con respecto a la salud mental, el programa en cuestión abarcaba 3 ejes, buscando ayudar a la población de bajos recursos con el despliegue de centros de salud comunitarios, el desarrollo de unidades específicas de salud mental y la búsqueda de nuevos modelos de atención para las personas que sufren de trastornos mentales.

Para el año 2016 y tomando en cuenta los antecedentes del programa del 86, se crea la Ley de Salud Mental, tomando como su creación la constate visibilidad que se encontraba en donde se vulneraban los derechos de las personas que eran

internadas en los centros psiquiátricos del país, por lo tanto, las diversas presiones sociales obtuvieron un cambio en este modelo de atención, en donde

“Se propone la creación de un órgano independiente y autónomo para supervisar y garantizar los derechos humanos. Se sugiere el cierre de todas las instituciones asilares y hospitales especializados a nivel nacional, con un plan y cronograma establecido. Se plantea otorgar garantías y plazos para las internaciones involuntarias. Además, se propone revisar todas las terapias iatrogénicas y coercitivas, como el uso indiscriminado de electrochoques, medidas de sujeción y sobre medicación, entre otras” (Ministerio de Salud Pública, 2020)

Con la llegada de la emergencia sanitaria de COVID-19, la situación con respecto a las personas con problemas de salud mental no fue benéfica en varios aspectos, tomando en cuenta que la mayoría de esta población se encontraba resguardada en centros psiquiátricos (manicomios), que de acuerdo con González, (2020) se encontraban ya en pésimas condiciones higiénicas y ahora sumando el hecho de la vulnerabilidad por covid-19 se pondría en crecimiento un gran problema para la población con problemas mentales, es importante que se busquen encontrar nuevas soluciones y no que se regrese a lo que ya se pretendía cambiar en la ley de 2016, pues nuevamente se volvería a un encierro entre muros, sin tener comunicación con los afectados (González, 2020).

Actualmente en Uruguay se creó el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, el cual pretende solucionar las adversidades que se han planteado anteriormente, además de poner en práctica la creación de políticas sociales que realmente ayuden a solucionar los problemas con las personas con problemas de salud mental, así como de garantizar su salud y sus derechos.

Específicamente la relación con México se da desde la descentralización de los servicios de salud mental, así como la promoción de la atención de la comunidad como parte de las políticas de salud mental. Ambos países han enfrentado críticas, ya sea ahora o en diferentes periodos, que son similares sobre la necesidad de reducir el uso de terapias coercitivas y mejorar las condiciones en

las instituciones de salud mental para poder garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas con problemas mentales. Es indudable agregar y como hemos mencionado anteriormente que la presión de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha influido en las políticas de salud mental en ambos países, al promover enfoques más centrados en la comunidad y la desinstitucionalización.

Las políticas de salud mental tanto en México como en Uruguay pueden tener diferencias en su implementación específica, el hecho es que comparten bastantes similitudes, como en los desafíos comunes, así como por las tendencias a nivel internacional en cuanto a la atención de la salud mental y el respeto de los derechos humanos.

4.3 Brasil.

Ubicado en América del Sur, siendo este el país más grande de dicha región con una población estimada de 214,326,223 habitantes. De acuerdo a artículos especializados se tiene documentado que Brasil comenzó a implementar acciones relacionadas con el tratamiento de la salud mental a inicios del siglo XX, las primeras acciones materializadas fueron los hospitales psiquiátricos, con los cuales se crearía en 1890 la “Asistencia Médico-Legal a Insanos instancia con carácter de asilo en la cual se internaban a las personas”. (Sade, 2021)

La salud mental se convertiría en un aspecto a tratar por el gobierno a raíz de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, cuyo primer antecedente se remonta al 24 de agosto de 1999, fecha en la que se da la disposición n. 1.077 la cual dispone que “la asistencia farmacéutica en la atención psiquiátrica y se asegura medicamentos básicos de salud mental para usuarios de servicios públicos ambulatorios de salud que dispongan de atención a la salud mental.” (Manoel, 2009).

El 10 de noviembre de 1999, en forma de la ley n 9.867 como producto de los arduos esfuerzos de los trabajadores de la salud mental, esta ley “permite el

desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los servicios comunitarios.” (Manoel, 2009). Posteriormente el mismo gobierno federal el “6 de abril de 2001 promulgo la ley no. 10.216 en la cual se dispone la protección y protege los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo asistencial en salud mental”. (Manoel, 2009).

El presidente Luiz Inácio Lula da Silva el 31 de julio de 2003 firmaría la ley que marcaría la historia del procedimiento de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, la ley n. 10.708 la cual “instituye el auxilio–rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos mentales dados de alta de su internamiento. Esa ley, conocida como “Ley del Programa de Vuelta al Hogar”.” (Manoel, 2009)

Luego de haber visto los primeros antecedentes del tratamiento de la salud mental por parte del gobierno de Brasil, hablemos sobre como actuó ante la emergencia sanitaria por COVID-19, de acuerdo a un informe realizado por el programa iberoamericano de cooperación sobre la situación de las personas adultas mayores, reportó que el sector de la población que primero recibió apoyo en los inicios de la pandemia fueron los adultos mayores. El gobierno federal en conjunto con el Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos (MMFDH) aplicó políticas públicas con respecto a la preservación de la salud mental de dicho sector, las políticas públicas actuaban bajo las siguientes líneas. “movilización de recursos; concienciación y orientación; prevención contra COVID-19; seguridad alimentaria; garantía de ingresos mínimos; y reducción de violaciones de derechos humanos.” (; Mayores., 2022) En el mismo informe se nos explica que la razón por la cual estas primeras acciones fueron destinadas a personas adultas mayores se debe a que incluso antes de pandemia se tenían mayores registros sobre abuso y abandono a este sector, en los cuales sus derechos humanos no eran respetados.

Tras consultar artículos especializados que hablaran sobre cómo es que Brasil trata la salud mental, hemos detectado una particularidad, y es que la misma Reforma Psiquiátrica Brasileña entra en una contradicción al establecer la desvinculación de los hospitales psiquiátricos con la Red de Atención Psicosocial (Ley 10216 de Reforma Psiquiátrica Brasileña, Decreto 3088), no obstante se

expone que el mismo Ministerio de Salud opera bajo líneas como: “la segregación y medicalización ello representando un gran revés para los modelos de tratamiento comunitario y para la reforma de salud mental en Brasil” (Sade, 2021). Se reconoce que la atención a la salud mental es un tema prioritario para el gobierno, sin embargo, el que no se trabaje en la ampliación de la red en más comunidades, además de “políticas de salud integradas con estrategias comunitarias y bases conceptuales de salud pública orientadas a la protección social, sobre todo, la atención en libertad.”

Pese a las diferencias geopolíticas, económicas y culturales existentes entre México y Brasil, hemos podido identificar ciertas similitudes con respecto al tratamiento de la salud mental. Siendo la primera de estas el descarte a depender de hospitales psiquiátricos para tratar a personas que padezcan de algún trastorno/enfermedad mental, en su lugar, optando por implementar reformas/programas en los cuales se reconozcan los derechos de los pacientes de ser tratados con dignidad recibir la atención que estos mismos soliciten por su cuenta. Para ejemplificar nuestro argumento, en el caso de México se han implementado programas como “Sombrillas verdes” el cual consta de instalar módulos de atención en diferentes regiones del país, conformados por voluntarios jóvenes, quienes recibirán capacitación para brindar información a personas que sean adictos a alguna sustancia o tengan algún trastorno/enfermedad mental, dicha información va desde recomendaciones sobre actividades culturales, y deportivas hasta centros médicos especializados en los cuales podrán recibir aún más ayuda. (L, 2019)

Por su parte Brasil, ha implementado el programa “Viver” el cual tiene por objetivo contribuir al bienestar de las personas adultas mayores desde cuatro ejes de acción: “tecnología digital, educación, salud y movimiento físico.” En el tercer eje, se llevan a cabo charlas y otras actividades con el fin de combatir las adicciones y prevenir posibles trastornos/enfermedades mentales. (Mayores., 2022) Los programas anteriormente mencionados ejemplifican como el gobierno busca

promover el tratamiento de la salud mental, brindando alternativas más amigables para aquellos que se ven vulnerables.

4.4 Chile.

Ubicado en América del sur con una población estimada de 19,493,184 de habitantes, y su historia con respecto al tratamiento de la salud mental podría decirse que inicia en 1747 con la fundación de la Real Universidad de San Felipe. Si nos ahondamos en la historia de Chile encontraremos una multiplicidad de sucesos, los cuales van desde la creación de los primeros centros enfocados en brindar asistencia a enajenados en “1850 hasta a creación del plan de atención psiquiátrica para Chile, y el plan estratégico para implementarla, basada en el modelo hospital general (red de servicios oficiales), con integración comunitaria local. Tercer estudio de costos económicos del alcohol: US\$ 3000 al año en 1998”. (J, 2001)

Los acontecimientos previamente expuestos fueron recuperados del artículo titulado: Historia de la Psiquiatría Chilena: Visión Panorámica. La información al respecto es basta que consideramos podría permitirnos abrir un nuevo punto de análisis, sin embargo, por el momento descartaremos la idea.

La pandemia por COVID-19 fue un acontecer que afectó a todos los países latinoamericanos, en el caso de Chile, los mismos medios comentaban que en cuestión de salud mental se estaban registrando cifras alarmantes. De acuerdo a un artículo publicado por la UNICEF “aproximadamente 1.900 personas se suicidaron en 2019, de las cuales 96 eran niños, niñas y adolescentes entre 5 y 19 años, lo cual representa un 5,1% de los casos. De estos el 74% correspondió a hombres, y un 26% a mujeres.” (UNICEF, 2021)

Durante la pandemia, las complicaciones que presentó Chile para el tratamiento de la salud mental se documentan, se debió a “déficit en su financiamiento de salud mental en comparación con el promedio mundial.” Además, se reportó una escasez de insumos para cumplir con los objetivos previstos, una sobrecarga de trabajo en el poco personal registrado, y pocos centros de atención. Desde 2008, para Chile la salud mental ha representado un gasto social, pues al prevalecer padecimientos mentales como la depresión (trastorno con mayor registro) afecta en el rendimiento de quien lo padece, durante la pandemia hubo un aumento en el gasto por licencias médicas. (Jiménez, 2021)

La salud mental es un tema que compete a los gobiernos y en el caso de Chile y México, han coincidido en que pese a ser una cuestión prioritaria, la misma no recibe financiamiento suficiente para cubrirlo. De acuerdo a un artículo publicado por la UAM Cuajimalpa, un año antes de que sucediera la pandemia por COVID-19 tan solo el 2% del presupuesto federal fue destinado para cubrir gastos en centros y hospitales psiquiátricos, en aquel entonces el presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana Enrique Chávez-León, considero que mínimo se debía otorgar el 5% del presupuesto federal. (Cuajimalpa, 2018).

De acuerdo a un artículo publicado por el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, del 2016 al 2023 el financiamiento que ha recibido la salud mental en nuestro país ha sido del 1.3% y 1.6% del presupuesto federal. Y en Chile, en su Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se reporta que solo se ha destinado el 2.4% del presupuesto total de salud, para el tratamiento de la salud mental. Siendo así que el financiamiento que ambos países han otorgado está por debajo del recomendado por la OMS, que es del 5% en los países de ingresos bajos y medios y de 10 % en los de ingresos altos. (Méndez, 2023)

4.5 Tabla comparativa con respecto a las acciones implementadas en materia de salud mental antes, durante y después de la emergencia sanitaria de COVID-19.

País	Definición de Salud Mental.	Programa/P rogramas	Acciones Pre-COVID-19.	Acciones Durante COVID-19.	Acciones Post COVID-19.	Población atendida.
México	El estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés	Sombrilla Verde. Programa de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. Programa de Prevención y Atención a las Violencias. Modelo Hidalgo. CONASAMA .	Se busco reformar la fracción I del art.74 de la Ley General de Salud, para incluir a las personas que padecían depresión dentro de la atención de los trastornos mentales y del comportamiento.	Representantes políticos exponían en conferencias diariamente, la importancia de preservar la salud mental en tiempos de confinamiento, crearon programas de atención para prevenir el consumo de estupefantes para prevenir enfermedades/trastornos mentales .	Se aplicaron las recomendaciones dadas por instancias como la NASMA y la OPS, sobre la importancia de la participación del poder legislativo en acciones para mejorar el tratamiento de la salud mental.	Fueron los trabajadores del sector salud, de acuerdo a un informe del gobierno titulado “037. Pandemia de COVID-19 impactó salud mental de la población y del personal médico” el personal de salud de la primera línea mostró conductas suicidas y de adicciones, por lo que se implementó “un plan de

						prevención y cuidados de la salud integral y mental.” para ellos.
Perú	El estado dinámico en el cual se integra lo biológico y lo social.	SAME. Anímate, Perú. Mentalízate, Perú.	Existía una falta importante con respecto a la claridad conceptual entre el proceso definido como salud y enfermedad, esto provoca bastantes interferencias para la promoción de políticas, así como la prevención de la salud mental.	No había cimientos estables sobre una política pública dedicada a la salud mental en el Perú, para los inicios de la emergencia sanitaria de COVID-19.	Comenzaron a trabajar en conjunto el Ministerio de Salud (Minsa) y la OPS para fortalecer las políticas públicas en materia de salud mental.	La población en general se vio afectada al no haber acciones estables en los que se preservara la salud mental, ello debido al poco financiamiento que recibieron por parte del estado.
Chile	La capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil -	Con la implementación del Plan Nacional	Se llevaron a cabo acciones tales	De acuerdo a algunos informes, luego de	La mayoría de informes consultados

	<p>de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.</p>	<p>Chile Crece Contigo Hablemos de Todo – INJUV Seamos Comunidad - Ministerio de Educación Salud Mental: cómo la ciencia nos cuida - Ministerio de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación Construyendo Salud Mental #HazTuParte - Organización Panamericana de Salud (OPS)</p>	<p>de Salud Mental en 2017 el cual se focalizaba en el respeto de los derechos humanos de quienes padecían algún trastorno /enfermedad mental, además de reconocer las brechas existentes que impedían alcanzar la red comunitaria esperada .</p>	<p>como: la creación de una guía sobre el bienestar emocional; líneas telefónicas y atención telemática, (en colaboración mutua entre gobierno y algunas universidades) con el fin de brindar a la población medios que estuvieran a su alcance que los ayudaran a atender las problemáticas emergentes sobre su estado emocional.</p>	<p>la pandemia se procuró reajustar mecanismos para el cuidado de la salud mental de los estudiantes, tal es el caso de la Dirección de Apoyo y Vida Estudiantil (DAVE) en la cual se establecieron ejes de acción como: la prevención; promoción e intervención.</p>	<p>os indican que el gobierno de Chile procuro atender la salud mental de la población en general, no obstante, se enfatiza que las primeras acciones estuvieron orientadas a preservar la salud mental del personal de salud, derivado a que inclusive antes de que se decretara el inicio de la pandemia , este sector se veía muy vulnerable a padecer</p>
--	--	---	---	--	---	---

						algún trastorno/enfermedad mental.
Uruguay	Proceso dinámico de las personas y grupos sociales, resultantes de fenómenos de interacción dialéctica de los diferentes componentes, que le permiten la adaptación adecuada y ajuste en función de las diferentes circunstancias por las que atraviesa como individuo y ser social en un lugar y momento dado.	Ni silencio ni tabú.	En 2016 se crea la Ley de Salud Mental con la cual se buscaba visibilizar la violación a los derechos de personas que eran internadas en centros psiquiátricos.	La mayoría de la población que padecía alguna enfermedad o trastorno mental, se encontraba internada en centros psiquiátricos, los cuales se encontraban en condiciones no óptimas.	Se crea el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, en el cual se tiene por objetivo el implementar un modelo de atención comunitaria, buscando la visibilidad e inclusión social de personas que padezcan algún trastorno/enfermedad mental.	Tras consultar información al respecto, artículos oficiales no esclarecen un sector de la población que haya recibido más atención que otra en cuestión de salud mental, el gobierno procura atender la salud mental de la población en general.
Brasil	Estado de bienestar en donde el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede	Viver. Programa de vuelta a casa. Centro de	Se elaboraron leyes y reformas en los que se	Se elaboraron programas sociales	La ley de salud mental promulgada en 2001	Personas adultas mayores, dado a que es un sector de

	afrontar las tensiones de la vida diaria, además de ser productivo y contribuir con su comunidad.	Atención Psicosocial (CAPS).	declaraba la desinstitutionalización de centros psiquiátricos.	para el tratamiento de la salud mental durante el confinamiento.	siguió en rigor, en esta se desestigmatiza a personas que padezcan algún trastorno/enfermedad mental en ámbitos como el laboral.	la población catalogado como el más vulnerado .
--	---	------------------------------	--	--	--	---

Elaboración propia con información de las siguientes fuentes:

México:

Programa de Acción Especifico-Salud Mental y Adicciones 2020-2024-Secretaría de Salud.

Perú:

Lineamientos para la Acción en Salud Mental-Ministerio de Salud Personas que atendemos Personas.

Uruguay:

Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027-Ministerio de Salud.

Brasil:

Artículo: La Contrarreforma Y Los Retrocesos En La Salud Mental En Tiempos De COVID-19 En Brasil.

Artículo: Brasil | Acciones de contención de la salud mental de las personas mayores en pandemia

Chile:

5.METODOLOGIA: PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

La metodología que se utilizará en esta investigación será analítica, cualitativa y descriptiva, en donde el tipo de estudio que se utilizará será retrospectivo empleando fuentes como artículos científicos, investigaciones previas al tema, documentales y libros; utilizando pensamiento objetivo, además de llevar a cabo recolección de datos a través de un proceso de comunicación con un doctor de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Así llegaremos a un análisis a través de inducción y deducción.

La elaboración del presente trabajo de investigación requirió hacer una revisión documental, por lo que se optó seleccionar las siguientes fuentes bibliográficas:

- Obra de Norma Gonzalez Gonzalez: Salud, Sociedad y Democracia.
- Investigación publicada por la Cámara de Diputados: La salud mental en México
- Obra de Josefina M. de Gonzalez Mariscal: HOSPITALES PARA ENFERMOS MENTALES EN LA COLONIA.
- Artículo del Dr. Ramon de la Fuente en la revista "Salud Mental": Acerca de la Salud Mental en México.
- Semblanza de la salud mental en México del Dr. Ramon de la Fuente.
- Obra de Nelson de León: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental.

- Tesis elaborada por Martha Julieta García García: La fundación del Hospital de la Caridad de San Hipólito en la Ciudad de México, 1566-1572.
- Informe diario sobre CORONAVIRUS presentado por el Dr. Hugo López Gatell.
- Artículo elaborado por el personal de Healthwise publicado en el sitio oficial de cigna healthcare: Problemas de consumo de sustancias y de salud mental.
- Artículo de Silvia Henao: Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte.
- Artículo de José Hernández Rodríguez: Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas.
- Artículo publicado en el sitio oficial del Instituto de Investigaciones Históricas: Breve historia del Manicomio La Castañeda.
- Reflexión elaborada por Juan Martell Muñoz: UNA REFLEXIÓN EN TORNO A LAS POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD MENTAL EN MÉXICO.
- Lineamientos para la acción en salud mental emitido por el Ministerio de Salud (personas que atendemos personas) de Lima-Perú.
- Artículo publicado en el sitio oficial del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social: ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS: EL PODER DE LA MENTE SOBRE EL CUERPO.
- Artículo publicado en el sitio oficial de la Organización Mundial de la Salud: Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud, publicada por la Organización Panamericana de la Salud.
- Artículo elaborado por Cristina Sacristán, publicado en la revista "Salud Mental": La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968.
- Artículo elaborado por Cristina Sacristán, publicado en la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: Ser o no ser modernos La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968.

- Artículo elaborado por Carlos Ricardo Aguilar Astorga & Marco Antonio Lima Facio: ¿Qué Son Y Para Qué Sirven Las Políticas Públicas?
- Obra coordinada por Nelson de León y publicada por la universidad de la república-Uruguay: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, publicada en el Diario Oficial de la Federación.
- Obra elaborada por Miriam Fonseca López: La disciplina de políticas públicas en México y sus principales autores.
- Obra elaborada por Julio Franco Corzo: ¿Qué son las políticas públicas?
- Artículo elabora por José Hernández Rodríguez: Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas.
- Obra elaborada por Eugenio Lahera: Introducción a las políticas públicas.
- Artículo elaborado por Varonía Leiva Peña: Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos.
- Reflexión elaborada por Juan Martell Muñoz: UNA REFLEXIÓN EN TORNO A LAS POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD MENTAL EN MÉXICO.
- Artículo elaborado por Daniel Martínez en PsyCiencia: Salud en México 2019 ¿A qué prestar atención?
- Obra elaborada por José Luis Méndez: Estado y Políticas Publicas
- Obra elaborada por Meny y Thoenig: Las políticas públicas.
- Lineamientos para la Acción en Salud Mental-Lima, elaborado por el Ministerio de Salud-personas que atendemos personas.
- Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027-Uruguay, aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Guía elaborada por la OMS: POLÍTICA, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL. Conjunto de Guías sobre Políticas de Salud Mental.

- Manual elaborado por Edgar Ortegón, Juan Francisco Pacheco y Adriana Prieto: Metodología del marco lógico.
- Artículo elaborado por Shoshana Berenzon: En México, salud mental no ha sido prioridad.
- Artículo elaborado por Cristina Rodríguez Hernández: Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19.
- Artículo elaborado por Cristina Sacristán: La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006, publicado por la Secretaria de Salud.
- Programa Salud Mental 2001-2006, publicado por la Secretaria de Salud.
- Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental, publicado por la Secretaria de Salud.
- Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013- 2018, publicado por la Secretaria de Salud.
- Artículo elaborado por Beatriz Urías Horcasitas: Degeneracionismo e Higiene Mental en México Posrevolucionario.
- Artículo elaborado por Emily María Vargas Riaño: Análisis de la coherencia interna del Programa de Salud Mental
- Obra elaborada por Tesania Velázquez: Salud Mental y COVID-19.
- Artículo elaborado por Amy Tausch: Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations.
- Artículo publicado por la ONU: La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad
- Artículo elaborado por Elena Medina Mora: Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021.
- Artículo publicado por Gerardo Hernández, en el portal oficial de El Economista: Pandemia triplicó las afectaciones a la salud mental; ansiedad y depresión a la alza.

- Artículo publicado por Rolando Ramos, en el portal oficial de El Economista: México, país donde más subió ansiedad durante pandemia
- Artículo publicado por Cristina Rodríguez Hernández: Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19.
- Graficas elaboradas por la OCDE: COVID-19 and Well-being: Life in the Pandemic MÉXICO.
- Artículo publicado por la secretaria de Salud: 037. Pandemia de COVID-19 impactó salud mental de la población y del personal médico.
- Diagnóstico realizado por el EVALÚA: DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022.
- Artículo realizado por Carolina Numata, publicado en el portal oficial del Tecnológico de Monterrey: ¿Cómo entender las adicciones?
- Informe publicado por la CONADIC: Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México.
- Guía elaborada por el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo: Tratamiento del alcoholismo: cómo buscar y obtener ayuda.
- Artículo publicado por la National Institute on Drug Abuse: ¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco?
- Artículo realizado por Sergio Fernández Artamendi: Las adicciones y los problemas de salud mental, siempre de la mano.
- Artículo publicado por la OMS: Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.
- Artículo publicado por la CONADIC: Cómo controlar la ansiedad.
- Artículo publicado por el IMSS: Depresión-Tratamiento de la depresión moderada y severa.
- Artículo elaborado por Marcela Nochebuena, publicado en el sitio oficial Animal Político: El presupuesto público financia campañas estigmatizantes contra las drogas y el gasto en salud no crece.
- Artículo publicado por la CONASAMA: 35.6 millones de personas en México han recibido servicios de información, orientación, prevención y atención en adicciones

- Programa Anual de Trabajo-2017-Servicios de Atención Psiquiátrica, elaborado por la Secretaría de Salud.
- Artículo publicado por la Secretaría de Salud: 166.Sector salud trabaja en un nuevo modelo de atención a la salud mental y adicciones.
- Artículo publicado por la Secretaría de Salud: Autoridades presentan Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024.
- Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024.
- Artículo publicado en la Biblioteca Jurídica Virtual de la UNAM: ¿Qué es el proceso de políticas?
- Artículo publicado la Universidad Abierta y a Distancia de México: Organización del Sistema de Salud.

6.ANALISIS DE LAS POLITICAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL A RAÍZ DE LA EMERGENCIA SANITARIA DE COVID 19

6.1 Comparación de análisis de los programas específicos de salud mental (2013-2018) y de salud mental y adicciones (2020-2024)

El anterior proceso de recolección de datos históricos sobre el establecimiento de la salud mental en México, sus avances, su anclaje dentro del gobierno y de sus procesos nos han brindado una idea sobre el funcionamiento de la salud mental dentro del sistema mexicano, una vez que hemos logrado explicar esto y agregando el proceso en el que se involucra dentro de la creación e implementación de una política es necesario enfocar esta recolección a un apartado en específico.

En los próximos 3 apartados especificaremos con amplitud el objetivo de nuestro trabajo. En el primer apartado daremos un contexto del antes sobre la salud mental en el periodo que comprende del periodo 2000 a 2018, los cambios y transformaciones en la salud mental que se dieron en nuestro país, así como la comparación del durante, donde abarcaremos el Programa Específico de Salud mental de 2013-2018 y el Programa Específico de Salud Mental y Adicciones de 2020-2024, en donde buscaremos dar respuesta al durante y en parte al después

sobre el progreso de las acciones implementadas por el gobierno federal a raíz de la pandemia de la COVID-19. En el segundo apartado abarcaremos el crecimiento de las enfermedades mentales a raíz de la emergencia sanitaria de la COVID-19 basándonos en datos, así como su persistencia a nivel nacional. Por último, en el tercer apartado hacemos una comparación con respecto a la relación Salud Mental y Adicciones, creemos que es importante tomar en cuenta esta relación, ya que a partir del programa de salud mental 20-24 se toma en cuenta sin explicar de manera detallada las razones de esta.

6.1.1 ¿Por qué comparar estos programas?

La razón por la cual decidimos abordar estos programas es por su cercanía al periodo que queremos estudiar, es decir, antes de la emergencia sanitaria de COVID-19 se encontraba en curso el Programa Sectorial de Salud Mental de 2013 a 2018, establecido en el gobierno de Enrique Peña Nieto (2012-2018) y del cual no existieron modificación hasta el año 2020 con el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones, año en donde la emergencia sanitaria de COVID-19 ya se encontraba en curso y en donde ya estaba en progreso el periodo presidencial de Andrés Manuel López Obrador que dio inicio en el año 2018 (-2024).

Básicamente esta sería la razón sobre la comparación, de esta forma buscamos responder a fondo nuestra pregunta principal de investigación al antes, durante y después de la emergencia sanitaria de COVID-19 con respecto a la salud mental en nuestro país.

6.1.2 ¿De qué manera vamos a comparar estos programas?

Anteriormente hemos decidido elegir dos programas de política pública con respecto a la salud mental, para continuar con nuestro trabajo abordaremos de manera conjunta dos programas. En primer lugar, el Programa de Acción Específico en Salud mental (2013-2018) y recuperamos aspectos claves sobre el diagnóstico del programa, dentro de estos apartados y específicamente de este

programa analizaremos; El apartado introductorio; Situación actual (Justificación) y problemática; Objetivos, estrategias y líneas de acción.

Continuando daremos pie al análisis del Programa de Acción Especifico en Salud Mental y adicciones (2020-2024) y de la misma forma haremos el mismo análisis que con el programa de 2013-2018. Se hará uso de un apartado similar, teniendo en cuenta los apartados del programa; Introducción; Situación actual (Justificación) y problemática; Objetivos.

El objetivo principal de este análisis es mostrar las diferencias entre ambos programas, tomando en cuenta los apartados seleccionados a identificar y analizar, de esta forma podremos saber si es que se han seguido las pautas prometidas sobre el tratamiento de la salud mental, así como identificar de qué manera afecta en las acciones implementadas en materia de salud mental por el gobierno federal la llegada de la COVID-19.

6.1.3 Comparación entre el Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018) y el del Programa de Acción Especifico en Salud Mental y adicciones (2020-2024)

A continuación, se presenta un cuadro en donde se puede observar este primer apartado denominado “Apartado Introductorio”, en donde incluimos los principales objetivos y diferencias que puedan tener ambos programas, teniendo en cuenta el lapso en el que fueron publicados.

CUADRO COMPARATIVO SOBRE LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL.
Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018) y Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

APARTADO INTRODUCTORIO

Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018)

- Basado en el Modelo Miguel Hidalgo para reorganizar la atención en salud mental en el país, priorizando:
- Coordinación intersectorial: Promueve la colaboración entre diferentes sectores para abordar la salud mental.
- Prevención y promoción: Destaca la importancia de prevenir trastornos mentales y promover la salud mental para mejorar la calidad de vida y reducir costos.
- Atención comunitaria: Aboga por una atención centrada en la comunidad e integración de la salud mental en la atención general.
- Reorientación de recursos: Propone dirigir fondos a servicios comunitarios en lugar de hospitales psiquiátricos, para intervenciones más costo-efectivas.
- Rehabilitación e inclusión: Busca reintegrar socialmente a las personas con trastornos mentales a través de programas de rehabilitación y apoyo comunitario.

Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

- Alineación con políticas públicas: El PAE se basa en los objetivos de política pública del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, buscando garantizar la atención médica gratuita y el bienestar general de la población mexicana.
- Reformas institucionales: Propone transformar el sistema de salud para coordinar mejor la atención de la salud mental y las adicciones mediante la fusión de diferentes entidades.³
- Equidad y accesibilidad: El programa apunta a reducir la brecha en el acceso a la atención de salud mental, garantizando servicios accesibles a todos los mexicanos, independientemente de su situación laboral o socioeconómica.
- Cambio en el modelo de salud mental: Adopta el término "condición de salud mental" para reducir el estigma y la discriminación, alineándose con esfuerzos internacionales
- Distribución de recursos: Busca mejorar la distribución de recursos para la atención de la salud mental.

Cuadro 1 Elaboración Propia, con información obtenida de ambos programas de política pública en materia de salud mental en México (Secretaría de Salud, 2013) (Secretaría de Salud, 2020)

Lo expuesto anteriormente es una comparación sobre los aspectos principales del apartado introductorio de ambos programas, a continuación, damos las diferencias en concordancia a nuestro análisis.

1. **El enfoque en adicciones:** Una de las grandes diferencias que merecen estar en el apartado principal y del cual mostramos un apartado en específico más adelante es la inclusión que tiene la actualización (2020-2024) del Programa de Acción Específico en Salud Mental y adicciones.
2. **Alineación con políticas públicas y el sistema de “bienestar”:** A diferencia del programa de salud mental (2013-2018), el programa en curso del (2020-2024) enfatiza una alineación específica en el Plan Nacional de Desarrollo de (2019-2024), en donde se toma en cuenta un modelo de “bienestar” hacia la población, en donde, de acuerdo con el Programa de Acción Específico (2020-2024) “Con la atención integral de la salud mental y las adicciones, se busca la mejora de la calidad de vida de las personas y aumentar de forma indirecta los años de vida productivos, así como la atención oportuna y prevención, con perspectiva de género, respeto de los derechos humanos y enfoque de grupos vulnerables.” (Secretaría de Salud, 2020)
3. **Amplitud en las reformas institucionales:** Otra diferencia muy grande entre ambos programas en la amplitud de las reformas dentro de estos, específicamente, el programa en curso (2020-2024) cuenta una perspectiva más amplia en cuanto a las reformas a aplicar con respecto a la salud mental y adicciones, en donde a través de la fusión de diferentes entidades. De acuerdo con el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones (2020-2024):

Dicha rectoría se ejercerá a través de la fusión del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) en una nueva unidad administrativa perteneciente a los centros que conformarán a la Subsecretaría de Salud Pública, que constituirá la instancia rectora, normativa y de

conducción de la política nacional de salud mental y adicciones.
(Secretaría de Salud, 2020)

Lo anterior ya se planteaba en el antiguo programa de salud mental del (2013-2018), sin embargo, teniendo en cuentas las condiciones actuales, no fue hasta este momento que se llevó a cabo.

4. **Enfoque específico en accesibilidad y en equidad:** Una diferencia bastante marcada entre ambos programas es el énfasis que se propone para mejorar temas como la equidad, así como la accesibilidad para el acceso a los servicios de salud mental para la población mexicana, algo que se ha contemplado de mejor manera en el programa en curso de (2020-2024), mientras que el anterior programa de (2012-2018) no especifica de la misma forma esta situación, pues esta se concentra más en la prevención y en la promoción de la salud mental.
5. **Cambio en el modelo de la salud mental:** Dentro del último punto de esta comparación se encuentra el cambio dentro del modelo de salud mental para reducir el estigma que se ha tenido durante mucho tiempo en este tema. En el programa actual (2020-2024) se adopta el término “condición de salud mental” para referirse a la población que padece éstas, de esta manera se alinea de igual manera a los tratados internacionales para el progreso de la salud mental.

Dando continuación al análisis, se realiza el apartado denominado como “Estado Actual (Justificación) y Problemática”. Dentro de este apartado se analiza la situación “actual” en la que fueron desarrollados los programas, así como la prevalencia que tienen los trastornos mentales, así como las adicciones en su conjunto, además explicamos los desafíos específicos que enfrentan ambos programas dentro del sistema de salud, las brechas, recursos y el estigma que pueda existir.

A continuación, mostramos un nuevo cuadro que hemos elaborado, adecuándose a los planteamientos anteriormente establecidos.

CUADRO COMPARATIVO SOBRE LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL.
Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018) y Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

APARTADO
ESTADO ACTUAL (JUSTIFICACIÓN) Y PROBLEMÁTICA

Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018)

- **Prevalencia y carga de trastornos mentales:** Los trastornos mentales constituyen un problema significativo de salud pública, representando una alta carga de morbilidad a nivel global y especialmente en América Latina y el Caribe.
- **Brecha en la atención:** Existe una brecha considerable en los servicios de salud mental, especialmente para niños y adolescentes. Muchas personas con trastornos mentales no reciben la atención que necesitan.
- **Impacto en otras enfermedades:** Los trastornos mentales tienen una influencia mutua con otras enfermedades crónicas y condiciones de salud, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, lo que complica aún más su manejo.
- **Necesidad de mejora en los servicios de salud mental:** Es fundamental mejorar los servicios de salud mental en México, incluyendo una mejor distribución de recursos y atención, especialmente en servicios ambulatorios. Se requiere un sistema de información epidemiológica, así como el desarrollo de investigación para mejorar los tratamientos e intervenciones.

Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

- **Integración administrativa:** La creación de una nueva unidad administrativa que fusione el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, la Comisión Nacional contra las Adicciones y los Servicios de Atención Psiquiátrica es un paso hacia la unificación de esfuerzos en el ámbito de la salud mental y las adicciones. Esta integración puede contribuir a una política nacional más coherente y eficaz.
- **Enfoque en el modelo comunitario:** El programa promueve un modelo comunitario de salud mental y adicciones, con enfoque en Atención Primaria en Salud Integral (APS-I) y respeto a los derechos humanos. Esto sugiere una orientación política hacia la descentralización de la atención de salud mental y adicciones, favoreciendo servicios locales y comunitarios.
- **Cambio de paradigma en el abordaje de adicciones:** El programa propone un cambio de paradigma, pasando del modelo prohibicionista hacia uno que enfoque el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública. Esto podría impactar las políticas relacionadas con el uso y control de sustancias, privilegiando la prevención y reducción de daños.
- **Necesidad de recursos y distribución:** Se identifica una brecha significativa entre las necesidades de atención de salud mental y adicciones y los recursos disponibles. Esta situación es atribuida a la distribución inadecuada de recursos, el escaso presupuesto y la falta de inversión en acciones costo-efectivas como la prevención, la capacitación y la promoción del autocuidado.

Cuadro 2 Elaboración Propia, con información obtenida de ambos programas de política pública en materia de salud mental en México (Secretaría de Salud, 2013) (Secretaría de Salud, 2020)

1. **Enfoque temático de los programas:** Nuevamente viene a la luz el cambio principal que detallamos en el cuadro anterior, nos referimos al agregado de “las adicciones”. Mientras que el programa de (2013-2018) se centra únicamente en los trastornos mentales, teniendo en cuenta la prevalencia y consecuencias para la salud. Por otro lado, el programa (2020-2024), aborda tanto la salud mental como las adicciones, fusionando los esfuerzos en ambos ámbitos para crear un enfoque más “integral”.
2. **La organización administrativa:** Otro punto bastante importante es el cambio administrativo que se tiene en ambos programas. Mientras que para el ejercicio del programa (2012-2018) no menciona ningún cambio importante dentro de la estructura, el programa en curso de (2020-2024) propone la creación de una nueva unidad administrativa que fusione las diferentes instancias existentes, como el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, la Comisión Nacional contra las Adicciones y los Servicios de Atención Psiquiátrica. Con la justificación de mejorar el potencial y lograr una mayor coordinación y coherencia en la política de salud mental y ahora las adicciones.
3. **Los enfoques hacia la atención:** Por otra parte, el enfoque hacia la atención de la población es otro tema que se trata en ambos programas, con ciertas diferencias bastante claras entre ambos. Hay dos diferencias: Mientras que el programa (2013-2018) destaca la importancia de mejorar los servicios de salud mental, de tal manera que incluya servicios ambulatorios, así como el desarrollo de un sistema de información epidemiológica para tratamientos e intervenciones con respecto a la salud mental.

Por otra parte, el programa en curso (2020-2024) “promueve un enfoque comunitario de salud mental y adicciones, con una orientación hacia la descentralización de los servicios de salud y una mayor integración con la Atención Primaria en Salud Integral (APS-I).” (Secretaría de Salud, 2020)

4. **Los paradigmas con respecto al tratamiento de las adicciones:**

Este apartado es muy similar al primer punto que comentábamos, sin embargo, dentro de este nos encontramos que, mientras que el programa de (2013-2018) no se centra en particular en el modelo de tratamiento de las adicciones. el programa en curso (2020-2024) propone un cambio en el paradigma hacia un enfoque en el consumo de sustancias “psicoactivas” como un problema de salud pública. Con este nuevo cambio se busca principalmente reducir la criminalización de los consumidores y de esta forma promover la prevención y reducción de sustancias.

Por último, continuaremos con el análisis refiriéndonos al último apartado de este mismo, en donde estudiaremos los objetivos. Como hemos mencionado en apartados anteriores, dentro del proceso de las políticas públicas, los objetivos siempre serán una guía clara y medible acerca del éxito que pueda tener los programas, además estos siempre proporcionarán claridad, así como dirección de acuerdo con el propósito del programa, de esta manera se pueda tener cuenta el progreso y con el tiempo se puede evaluar la efectividad o poder identificar diferentes áreas prioritarias y de mejora. Teniendo esto en cuenta, damos pie al inicio de esta última sección.

A continuación, mostramos el ultimo cuadro del análisis, titulado como “Apartado Objetivos”

CUADRO COMPARATIVO SOBRE LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL.
Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018) y Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

APARTADO
OBJETIVOS

Programa de Acción Especifico en Salud Mental (2013-2018)

- **1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales. 2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.**
- **3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.**
- **4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.**
- **5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.**
- **6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.**

Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

- **Objetivo General:** *Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias.*
- **Objetivo prioritario 1:** *Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida.*
- **Objetivo prioritario 2:** *Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.*
- **Objetivo 3.** *Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.*

Cuadro 3. Elaboración Propia, con información obtenida de ambos programas de política pública en materia de salud mental en México (Secretaría de Salud, 2013) (Secretaría de Salud, 2020)

Para este último apartado, el análisis se efectuará de forma diferente, en dónde buscaremos similitudes, así como agregar la comparación que vendrá después de éstas, esto con el fin de mostrar de mejor manera los objetivos de ambos programas y así analizarlos más efectivamente.

Para efectos de este análisis, dentro de las **similitudes** nos encontramos con dos que nos llamaron principalmente la atención. A continuación, las mencionamos.

- **El enfoque hacía la mejora de la cobertura y de los servicios:** Ambos programas (2013-2018) y (2020-2024) buscan fortalecer la cobertura y ampliar los servicios de salud mental. Este es un enfoque es común en ambos programas, se debe remarcar que es fundamental para garantizar el acceso a la atención necesaria de las personas con afecciones mentales.
- **La protección de los derechos humanos:** Ambos programas incluyen la importancia de proteger los derechos humanos de la población usuaria de servicios de salud mental y “adicciones”.

Una vez que hemos dado las similitudes entre los objetivos planteados en el cuadro anterior, procedemos a mostrar las **diferencias** entre estos.

1. **El enfoque en la Atención Primaria de Salud de Nivel 1:** El programa en curso de (2020-2024) hace un énfasis bastante grande en este tipo de atención (APS-1), además menciona que es necesario que se tenga en cuenta el enfoque comunitario, ya que debe ser basado en la vida cotidiana de las personas, dentro de este modelo se prioriza la atención hacia la comunidad, así como la prevención para las afecciones mentales. Esto no se tiene en cuenta en el programa de (2013-2018)

2. **Una visión integral:** Como lo hemos estado mencionado anteriormente, el programa en curso de (2020-2024) toma en cuenta además de la salud mental, a las adicciones, de esta forma busca que se integren ambos conceptos para mejorar los servicios y la calidad de atención. Mientras que el programa antiguo de (2013-2018) se centra solamente en la salud mental.
3. **Amplitud del objetivo general:** En ambos programas se busca atender la salud mental, sin embargo, en el programa en curso de (2020-2024) se tiene una amplitud en el objetivo, teniendo en cuenta el bienestar mental de la población, usando servicios de calidad, mientras que el programa antiguo de (2013-2018) se centra solamente en el fortalecimiento de la cobertura con respecto a la salud mental.
4. **El enfoque en equidad:** Si bien ambos programas están dirigidos a toda la población en su conjunto, el programa en curso de (2020-2024) pone un énfasis bastante marcando para que se garantice el acceso equitativo a los servicios, en contraparte, el programa antiguo de (2013-2018) no lo menciona explícitamente.

Ambos programas buscan el mejoramiento de los servicios de salud mental, pero es cierto que el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024), usa un enfoque más integral, más comunitario, en donde ahora se toman en cuenta las adicciones y se pone en primer lugar la atención equitativa, así como la prevención de las condiciones de salud mental a través de la atención de primer nivel.

Continuando con el análisis, una vez que hemos realizado la comparación entre ambos programas y que a su vez se terminaría de estudiar el segmento del antes y el durante, es indispensable continuar con las acciones puntuales que se han llevado a cabo y que conformarían el después.

6.1.4 Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024.

Como parte de las acciones puntuales del programa en curso sobre salud mental y adicciones de (2020-2024), el día 4 de julio de 2023 se lanzó una actualización correspondiente al programa en curso. Se trata del Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones, correspondiente a los años 2023-2024, dentro de este plan se mencionan acciones puntuales que se agregan al programa en sí, estas acciones estarán orbitando cuatro objetivos con los que cuenta el presente plan, quedando de la siguiente forma:

- I. Mejorar el ejercicio de la rectoría para proveer de visión y dirección al sistema de salud en cuanto a salud mental y adicciones.
- II. Diseñar e implementar un plan educativo para recursos humanos no especializados y especializados en salud mental y adicciones a fin de disminuir la brecha en los tres niveles de atención.
- III. Aumentar la calidad de los servicios de salud mental y adicciones con el fin de mejorar el pronóstico y la reincorporación laboral a la comunidad.
- IV. Mejorar la calidad de la información e investigación en salud mental y adicciones a fin de contar con elementos óptimos para la toma de decisiones estratégicas y operativas

A continuación, ahondamos en las acciones puntuales que establece el plan.

Estrategias de salud mental en México: De acuerdo con el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2023), se menciona lo siguiente:

Con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y particularmente aludiendo al Artículo 4º, todos los mexicanos deberán tener acceso a los servicios integrales de salud. Mismo que se refleja en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, y en particular en el quinto objetivo que tiene como propósito la atención de los problemas predominantes de salud pública, como la obesidad y las enfermedades no transmisibles, la salud sexual y

reproductiva, la salud mental y adicciones, bajo este contexto las instituciones del sector salud desarrollan mecanismos a nivel federal, estatal y local para que, de manera conjunta, se dé respuesta a la creciente demanda de servicios de salud mental en la población mexicana. (Secretaría de Salud, 2023)

- **Transición hacia un “Modelo de Atención Primaria”:** Dentro de esta actualización se enfatiza sobre transitar al nuevo modelo de atención primaria, de esta forma se pondrá en marcha el reto de “integrar la atención de la salud mental y adicciones con carácter prioritario, garantizando el acceso universal, igualitario y equitativo en el territorio nacional” (Secretaría de Salud, 2023). De igual forma existe una necesidad en conjunto, “así se desarrolla un plan conjunto que sirva de hilo conductor para armonizar de inicio, el trabajo sectorizado para convertirlo en una suma de esfuerzos y de iniciativas implantadas por cada institución de salud, además de la generación de redes integradas de servicios de salud mental para promover la equidad, efectividad, eficiencia y calidad en la atención, para contribuir al bienestar individual y de la comunidad” (Secretaría de Salud, 2023).
- **Modelo Mexicano de Salud Mental y Adicciones (MexSaMe)**
- : Como parte de las acciones mencionadas por el presente plan, se parte del eje central para poder desarrollar un modelo nacional que se unifica con la salud mental, tomando además otro enfoque comunitario y que tome el aspecto del nivel primario de atención. Secretaría de Salud (2023)

El MexSaMe se rige a través de tres directrices:

Atención Primaria a la Salud, con oferta de atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida. La intervención de la Atención Primaria en los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias parte de la premisa que la mayor parte de estos padecimientos pueden prevenirse, identificarse oportunamente y tratarse eficazmente.

Rectoría adecuada, para proveer visión y dirección al sistema, así como políticas en materia de regulación, asignación y destino de los

recursos. Los procesos de rediseño y reorganización necesarios para lograrlo tienen la finalidad de alcanzar la cobertura universal y gratuita a la población sin acceso a seguridad social.

• Intersectorialidad, para incorporar sinergia con las otras dependencias públicas para incidir en los determinantes sociales de la salud mental. (Secretaría de Salud, 2023)

Una vez que hemos terminado con la explicación anterior, agregamos el diagrama sobre el MexSaMe para ilustrarlo de mejor manera.

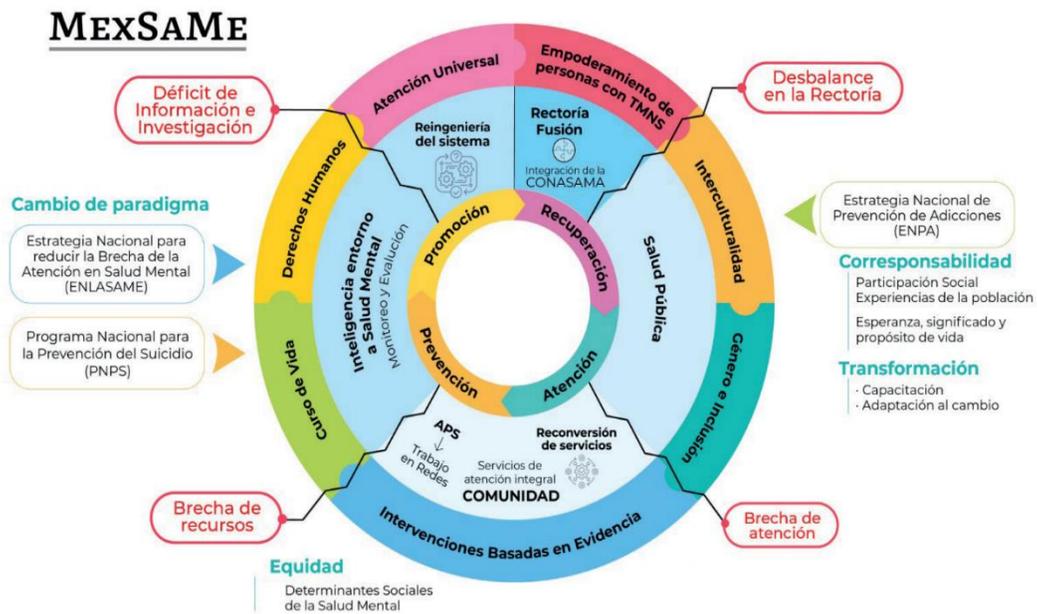


Ilustración 5. diagrama descriptivo de la propuesta teórica del MexSaMe. Tomado del Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024 (Secretaría de Salud, 2023)

Como hemos visto, el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones tiene amplias expectativas para tratar la problemática de las afecciones mentales, además este busca “unificar el sistema fragmentado y atender todas y todos a quienes más lo necesitan, como son las personas sin seguridad social” (Secretaría de Salud,

2023). Con esto “el titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama), Juan Manuel Quijada Gaytán, se congratuló de que “por primera vez en la historia de nuestro país, el cuidado de la salud mental es una prioridad para el gobierno, para el sector Salud y lo está siendo para la población general” (Secretaría de Salud, 2023)

Como parte del Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones, diversas instituciones de salud en nuestro país se pusieron en marcha para actualizar sus planes y programas, ejemplo de esto se puede observar con el IMSS y el ISSTE. A continuación, compartimos algunos datos importantes sobre esto último:

El director general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zoé Robledo Aburto, señaló que a través del Plan Sectorial de Salud Mental y de Adicciones, el instituto se suma a las estrategias y acciones para operar el modelo mexicano en la materia, con un enfoque radical en la atención primaria a la salud:

“Hoy entendemos, asumimos y respetamos el papel rector que tiene la Secretaría de Salud; por eso, en el nuevo Modelo de Atención de Salud para el Bienestar (MAS- Bienestar), que se implementa en los estados en el proceso de IMSS-Bienestar, se incluyó un apartado específico sobre salud mental.”

Zoé Robledo indicó que, en 2022, con la recuperación de los servicios médicos tras la atención más crítica a la emergencia sanitaria por COVID-19, la salud mental fue considerada como parte de la estrategia, por la cual el Seguro Social brindó 818 mil consultas de primera vez en salud mental y adicciones a población de 20 años en adelante, así como 94 mil consultas a niñas, niños y adolescentes.

Además, destaco la puesta en marcha del Programa Integral de Salud Mental 2021-2024 del IMSS con tres ejes prioritarios: sistematizar la atención y promoción de la salud mental en los tres niveles de atención; ampliar los servicios de salud mental y adicciones para reducir la brecha

entre la oferta y demanda actual; y garantizar el acceso equitativo a estos servicios (Secretaría de Salud, 2023)

Por otra parte, el ISSSTE de igual forma tuvo reacción ante este plan y puntualizo acciones específicas que mostramos a continuación:

La jefa nacional de Salud Mental del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Lucía Amelia Ledesma Torres, señaló que ante el incremento en los trastornos depresivos y de ansiedad a nivel global desde 2020, por primera vez en su historia, el Issste ha hecho esfuerzos para publicar, aprobar, gestionar e implementar el Programa Integral de Salud Mental para los tres niveles de atención.

El programa incluye la guía operativa para el manejo integral de urgencias en salud mental Código Morado, a través de la cual se han atendido más de dos mil casos, y se cuenta con camas censables en todos los hospitales generales, regionales y de alta especialidad.

Dijo que, durante la pandemia, el ISSSTE activó el programa de apoyo vía telefónica, e implementó el programa para la atención mental de residentes, becarios y personal de salud. Hace poco más de dos años inició la capacitación del personal de los tres niveles con el programa MH Gap. (Secretaría de Salud, 2023)

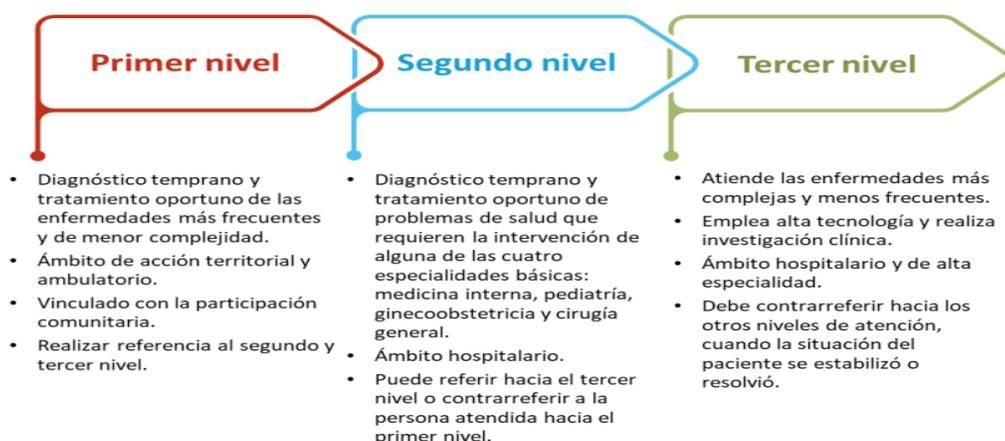
Con lo anterior hemos terminado de explicar de manera puntual lo que especifica una parte de las acciones establecidas por el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2018-2024), continuaremos con otro aspecto bastante importante y que se menciona a menudo, los modelos de atención a la salud y las reformas en la ley general de salud.

6.1.5 Modelos de atención del sector salud y las reformas.

Como concluimos con el apartado anterior, actualmente se tiene un énfasis con respecto a los modelos de atención con respecto a la salud mental, así como de un enfoque comunitario, sin mencionar las reformas en materia de salud mental que han venido en conjunto con este proceso. Con esto terminamos la parte analítica con respecto a la comparación entre el antes, durante y después.

Dicho lo anterior, empezamos explicando el modelo de atención del sector salud, en dónde forma parte la salud mental. Por lo tanto, “las actividades de prevención, promoción, detección, atención, tratamiento, seguimiento y referencia en materia de salud mental y adicciones se insertan dentro de un entramado de actores, áreas e instituciones dentro de los niveles de atención” (EVALÚA, 2022), de esta forma se van a dividir en 3 niveles. Sin embargo y como hemos hecho mención, el actual sistema de salud con respecto a la salud mental busca especializarse en el primer nivel de atención. A continuación, adjuntamos una ilustración en dónde se puede apreciar de mejor manera la división de los tres niveles.

Figura 22. Características de los niveles de atención médica, Sistema de Salud de la Ciudad de México



Fuente: elaboración propia con base en la Ley de Salud de la Ciudad de México (DOF, 09 de agosto del 2021, artículo 6, fracción XXXI).

Ilustración 6. Características de los niveles de atención médica. Información recuperada del DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022. (EVALÚA, 2022)

El modelo de atención primaria de salud tiene como objetivo distintos principios para su correcto funcionamiento, a continuación, explicamos a detalle con información obtenida de la Universidad Abierta y a Distancia de México:

- *Objetivos:*

- Accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades de salud
- Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario
- Acción intersectorial por la salud
- Costo-eficiencia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles (Universidad Abierta y a Distancia de México, 2021)

Estos principios están encaminados a brindar fortaleza al primer nivel de atención y a su capacidad resolutoria para mejorar la atención a la población en materia de salud desde etapas anticipadas a la enfermedad y al fomento del bienestar comunitario, es por eso por lo que, al hablar del primer nivel, se habla de los conceptos básicos de la atención primaria.

El primer nivel es el más cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En este nivel se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes, permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Vignolo y col., 2011).

Este primer nivel brinda atención en todo el país mediante una red de unidades médicas que cuentan con servicios básicos de acuerdo a su

infraestructura y capacidad instalada, pueden diferir en el tipo y la variedad de servicios que ofrecen, pero regularmente se pueden encontrar los siguientes servicios: Consulta de medicina familiar, medicina preventiva, estomatología, trabajo social, atención médica continua o Urgencias (únicamente algunas), nutrición, trabajo social, sicología, epidemiología, laboratorio clínico, imagenología y farmacia. En algunos casos están adjuntas a Hospitales o a otras unidades de atención médica de otras características, como es el caso de las llamadas Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) que hasta ahora pueden ser de dos tipos: Centro de Atención Primaria para las Adicciones (CAPA) o Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES EC).

(Universidad Abierta y a Distancia de México, 2021)

De acuerdo con un comunicado por parte de la Secretaría de Salud (2022), “el director general de los Servicios Atención Psiquiátrica (SAP), Juan Manuel Quijada Gaytán, afirmó que las y los profesionales de la salud se han abocado a la importante tarea de impulsar el bienestar emocional de la gente a través de un nuevo modelo de atención a la salud mental y adicciones efectivo, gratuito y universal (Secretaría de Salud, 2022).

Continuando con la explicación, este mismo comunicado explica a detalle los objetivos que se esperan con este nuevo modelo:

Explicó que este nuevo modelo, basado en la Atención Primaria a la Salud Integral, se rige bajo los más altos estándares internacionales en materia de derechos humanos; está alineado con los ejes del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud e incorpora el enfoque de género, interculturalidad y ciclo de vida. Detalló que el componente comunitario, la vinculación social, es pilar fundamental para este modelo. Puntualizó que el nuevo modelo ha implicado la reorganización y ampliación de los servicios para llegar a todo el territorio, con el objetivo de “reducir las brechas de desigualdad en la atención, con énfasis en personas

víctimas de distintas violencias, mujeres, comunidades indígenas y otros grupos históricamente discriminados”. (Secretaría de Salud, 2022)

Este modelo de atención primaria daría un paso más adelante para el tratamiento de la salud mental en México, además, con palabras del ex “director general del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), Juan Antonio Ferrer Aguilar, destacó que México no contaba con un modelo de salud mental basado en la Atención Primaria a la Salud (APS) y durante la pandemia por COVID-19 se trabajó para avanzar en su desarrollo” (Secretaría de Salud, 2022). De igual forma el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela, “aseguró que la salud mental, igual que la salud física, determina el bienestar humano, y hoy el sistema de salud se transforma en nuestro país con el rediseño de procesos que llevarán a cerrar la brecha que existe para dar paso a la correcta atención a través de una sinergia interinstitucional” (Secretaría de Salud, 2023)

Como hemos visto con la explicación anterior, el nivel primario de atención salud propone un acercamiento más profundo a la población afectada, de este modo y como dato extra:

El abordaje de la salud mental en atención primaria se basa en un enfoque comunitario que pone el énfasis en la promoción, la prevención, la participación social, la organización de servicios de salud, el enlace con otros servicios y la recuperación de las personas en su entorno. Propone una transición de la reclusión de las personas con problemas mentales en hospitales psiquiátricos, hacia una atención digna y de calidad en la comunidad. Esto es a lo que hace referencia al proceso de desinstitucionalización.

La atención orientada a la recuperación hace hincapié en el empoderamiento de las personas para que controlen sus propias vidas. Implica apoyar a las personas para que encuentren esperanza, desarrollen autoestima y resiliencia, establezcan relaciones saludables, recuperen la independencia y vivan una vida que tenga significado para ellas. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

Como parte del tratamiento de atención primaria, se han propuesto diversos medios para que este se haga efectivo, como hemos visto, la atención primaria tiene un enfoque comunitario, lo que significa a su vez que estas afecciones de salud mental intenten ser tratadas desde el hogar, es así como surge la herramienta mhGAP, esta herramienta la hemos mencionado en la comparación entre programas, en donde se busca utilizar esta herramienta.

El objetivo que tiene la guía mh-GAP es poder proporcionar orientación, así como herramientas para poder aumentar la cobertura hacia las intervenciones para el tratamiento de la salud mentales, está dirigida principalmente a países de ingresos medianos y bajos. Con esto se busca que los gobiernos y organismos internacionales se comprometan para asignar mayores recursos financieros y humanos para su tratamiento, de esta manera podrá bajar la brecha existente en la necesidad de servicios y de los recursos. Organización Panamericana de la Salud, (2018). Esta herramienta puede utilizarlo personal especializado o no, es por eso por lo que mencionamos que puede ser usada desde el hogar.

6.1.6 Reformas implementadas a la ley general de salud durante el último proceso en curso para el tratamiento de la salud mental en México

A partir de este último periodo, que para efectos de este trabajo corresponde al “después”, se han implementado 14 modificaciones ó adiciones a la Ley General de Salud de nuestro país, específicamente el capítulo VII, que abarca todo lo relacionado con la salud mental. Todas las modificaciones corresponden a lo que ya hemos tratado tanto en el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones de 2018-2024 y el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones de 2023-2024.

Por lo tanto, sabiendo que las 14 modificaciones o adiciones son parte de lo que hablamos durante el proceso de este trabajo, serán agregadas en los anexos.

6.2 Enfermedades/trastornos mentales más comunes detectados en México durante la pandemia por COVID-19.

Como lo hemos expuesto en apartados previos, la pandemia fue un acontecer clave en el reconocimiento del impacto del cuidado de la salud mental por parte del gobierno y la sociedad. A nivel América Latina, numerosos estudios han evidenciado que los trastornos mentales se podían presentar en todo sector de la población. De acuerdo a un artículo realizado por la OPS titulado: “Fortalecimiento de las respuestas de salud mental al COVID-19 en las Américas: análisis y recomendaciones de políticas de salud” menciona que los trastornos más comunes detectados en la región latinoamericana fueron la ansiedad y la depresión.

Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad en América, con un 7.8% de la discapacidad total, seguidos de los trastornos de ansiedad con un 4.9%. (Tausch, 2021)

La misma ONU en 2022 confirmaría que estos dos trastornos fueron los que registraron un mayor incremento de personas que padecían depresión o ansiedad, añadiendo que quienes padecían alguno de estos trastornos en su mayoría fueron mujeres y jóvenes de entre 20 y 24 años. (ONU, 2022).

Ahora enfocándonos exclusivamente en la situación de nuestro país, y en primera instancia tomando como referencia un artículo que habla sobre los resultados obtenidos de 1990 a 2021 por la encuesta Global Burden of Disease el cual es un estudio global que busca “cuantificar la pérdida de salud en diferentes lugares y a lo largo del tiempo, de modo que se puedan mejorar los sistemas de salud y eliminar las disparidades.” (GBD, n.d). Los resultados de esta encuesta específicamente de 2019 a 2021, indicaron que los trastornos que más prevalecieron y que a su vez afectaron en mayor medida el AVD (Actividad de la Vida Diaria) de la población de 5 a 49 años de edad fue la ansiedad y la depresión. Resaltando que en 2021 las entidades que se vieron más afectadas por el trastorno de ansiedad fue Puebla, en el trastorno depresivo fueron Quintana Roo y Campeche, y en ambos trastornos fueron la CDMX y Yucatán. Se ha de aclarar que, en el mismo artículo, la encuesta aclara que a raíz de los resultados obtenidos si bien no se pueden realizar relaciones causales, si deja en evidencia

que, en el primer año de la pandemia, la ansiedad y la depresión fueron trastornos que comenzaron a aumentar el registro de personas quienes lo padecían, entre otros tales el trastorno bipolar, espectro autista, esquizofrenia, etc. (Mora, 2023)

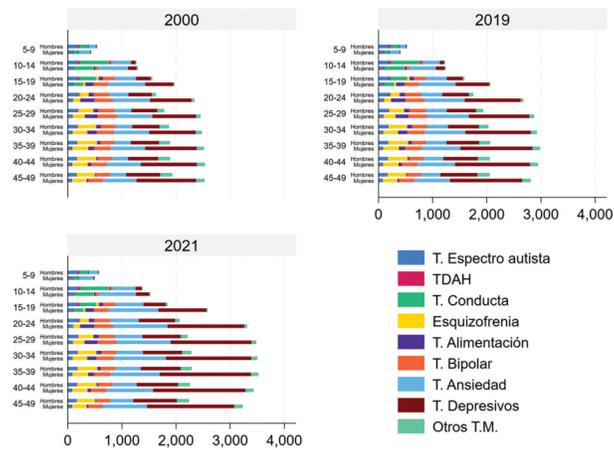
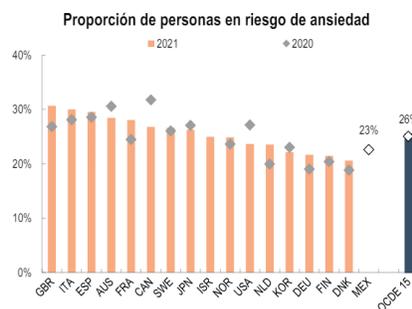


Figura 2. Años vividos con discapacidad acumulados (tasa por 100 000 habitantes) por diagnóstico y grupos de edad y sexo (población de cinco a 49 años). Años 2000, 2019 y 2021.

Grafica 1: Recuperada del artículo “Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021”

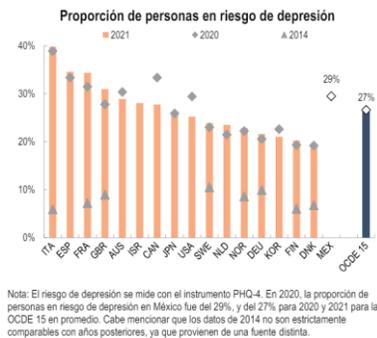
Tras consultar otras fuentes que hablaran sobre los trastornos que tuvieron más presencia entre las personas durante la pandemia, encontramos artículos elaborados por el sitio oficial El Economista. El primero se publicó en 2021 “Pandemia triplicó las afectaciones a la salud mental; ansiedad y depresión a la alza” en este se recaban datos obtenidos por la OCDE, los cuales indican que México se convirtió en el país con más niveles de ansiedad. (Hernandez, 2021)



Nota: El riesgo de ansiedad se mide con el instrumento PHQ-4. En 2020, la proporción de personas en riesgo de ansiedad en México fue de 23%, y en 2020 y 2021 fue de 25% y 26% respectivamente, para la OCDE 15 en promedio.

Grafica 2: recuperada del artículo COVID-19 and Well-being: Life in the Pandemic MÉXICO

En cuanto a la depresión, el mismo artículo considera que el incremento fue similar al de la ansiedad, dado a que la OCDE, reporto que antes de la pandemia este trastorno afectaba al 3% de la población general, pero con la pandemia esta cifra aumento al 27.6% (Hernandez, 2021)



Grafica 3 recuperada del artículo COVID-19 and Well-being: Life in the Pandemic MÉXICO

El segundo artículo publicado por este portal fue en 2022 y se titula: “México, país donde más subió ansiedad durante pandemia” a un año del artículo anterior, en este se menciona que la ansiedad en el primer año de la pandemia afecto al 50% de la población y la depresión al 28% de acuerdo a datos de la OCDE. (Ramos, 2022)

Un artículo publicado en la Gaceta Medica de México titulado: “Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19” retoma una encuesta de 1667 personas de un rango que va desde los 18 hasta los 83 años de edad. Nos pareció pertinente mostrar los resultados dado a que los mismos apuntan a que los trastornos psiquiátricos más comunes que padecieron los mexicanos durante la pandemia fueron: la ansiedad con 37.7%, la depresión con 36.6% y el insomnio con el 11.9% (aunque en el mismo se señala que el tercer trastorno psiquiátrico con más prevalencia fue el estrés, este no figura en la tabla de resultados) mientras que el 13.8% restante se divide en otros trastornos como: el trastorno compulsivo, trastorno psicótico, deterioro cognitivo, etc. (Hernández, 2021)

Para concluir con este apartado y tomando en cuenta los datos anteriormente expuestos, podemos decir que los trastornos más comunes que aquejaron a los

mexicanos durante la pandemia fueron la ansiedad y la depresión, el aislamiento al igual que otros factores como la incertidumbre, la falta de empleo y de estabilidad económica fueron las detonantes de que muchos mexicanos conocieran alguno de estos dos trastornos, retomando al último artículo mencionado publicado por El Economista, tenemos la siguiente cita textual dicha por Gabriel Di Paolantonio representante de la OCDE:

“Todos los problemas de salud mental se traducen de una manera bastante tangible en la economía, la OCDE calcula que los gastos tanto directos a través del financiamiento de los sistemas de salud para cubrir los tratamientos de personas con trastornos mentales, como los gastos indirectos que se generan mediante la reducción en la productividad, representan entre un 3.5 y 4% del PIB anual. Es una cifra inmensa, que se pierde debido a los efectos directos e indirectos de no tratar los problemas de salud mental” (Ramos, 2022)

6.3 Percepción del gobierno ¿Por qué relacionar la salud mental con las adicciones?

Lo que hemos expuesto anteriormente son las medidas y acciones que el gobierno actual ha llevado a cabo con el fin de tratar de la salud mental (en el periodo que abarca desde inicios hasta finales de la pandemia por COVID-19), no obstante, tras consultar los medios de comunicación que usa el gobierno, hemos podido detectar que el mismo, al momento de hablar sobre la atención a la salud mental, también habla sobre la prevención de adicciones. En las llamadas “mañaneras”, particularmente la emitida el 16 de mayo del 2019, fue la primera en la cual se expuso la relación salud mental-adicciones. Luego de que se explicase en que consta la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (la cual se explicara más adelante), el coordinador general de comunicación social de la presidencia de la república Jesús Ramírez Cuevas realizó los siguientes comentarios:

“Quienes por razones que sean de índole de salud mental, salud emocional o una cuestión familiar por la falta de horizontes y de esperanza muchas veces que enfrentan las nuevas generaciones, pues se recurre al uso y abuso de sustancias en un intento de encontrar puertas o ventanas a salidas, en ese sentido es importante tomar en cuenta los derechos de la gente”. (Cuevas, 2019)

“Esto de la prevención de las adicciones tiene que ver con la salud mental y emocional de nuestra sociedad y no solo del individuo” (Cuevas, 2019)

Los comentarios anteriormente expuestos, tienen por finalidad remarcar la importancia que tiene la prevención de adicciones, no obstante, el término salud mental, en estos comentarios únicamente es mencionado más no explicado, y es ahí donde nosotros nos hacemos los siguientes cuestionamientos sobre las adicciones y la salud mental ¿son lo mismo? ¿se tratan de la misma manera? ¿Por qué enlazarlos?

Partiendo del primer cuestionamiento, de acuerdo a un artículo publicado en el portal oficial del Tecnológico de Monterrey, una adicción “se entiende como una necesidad o dependencia descontrolada, acompañada por prácticas compulsivas de una o varias conductas, encaminadas a satisfacer dicha necesidad, aunado a

un deterioro significativo de la calidad de vida de la persona y su entorno.” (Numata, 2023). La autora de esta definición hace mención sobre lo común que es escuchar el termino adicción y en automático pensar en la adicción a sustancias nocivas como el alcohol, tabaco u otras drogas, sin embargo, así como se puede ser adicto a una sustancia se puede ser adicto a cualquier otra acción. En cuanto a salud mental, para este proyecto hemos usado la siguiente definición: “El estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés”. (Salud Mental, n.d.). Si comparamos ambos conceptos, nos podremos dar cuenta que el primero hace alusión a cubrir una aparente necesidad y el otro concepto a el estado que nos permite interactuar en paz con nuestro entorno, por lo que podemos decir que no son lo mismo.

Siguiendo con la otra pregunta, debemos reconocer que, así como hay una amplia diversidad de adicciones también las hay en cuanto a enfermedades/trastornos mentales hablamos. Por lo que, para este segundo cuestionamiento, compararemos la manera en que se trata las dos adicciones más comunes en nuestro país durante la pandemia, con los dos trastornos/enfermedades mentales más comunes en nuestro país durante la pandemia. De acuerdo al apartado que hemos desarrollado titulado: “Enfermedades/trastornos mentales más comunes detectados en México durante la pandemia por COVID-19.” Encontramos que los dos trastornos más comunes fueron la ansiedad y la depresión. De acuerdo con el informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, las adicciones más comunes durante el confinamiento fueron el alcoholismo y el tabaquismo.

“El orden de las sustancias con mayor consumo entre la población femenina y masculina fueron: 1. Alcohol (32.5%) 2. Tabaco (24.6%) 3. Marihuana (14.6%)” (CONADIC, 2021)

Con respecto a cómo se trata el alcoholismo hemos encontrado una guía elaborada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, esta nos dice

que existen 3 alternativas para tratar el alcoholismo, estas son: Los tratamientos conductuales; medicamentos y los grupos de apoyo mutuo. (NIAAA). En cuanto el tabaquismo, un artículo publicado por la National Institute Drug Abuse, expone que la forma de tratar el tabaquismo es a través de terapias conductuales o medicamentos aprobados por la FDA. (NIDA, 2022).

Con respecto al tratamiento del alcoholismo y tabaquismo, se ha optado por sintetizar la explicación sobre cómo es que se tratan con el objetivo de no perder el enfoque principal del presente trabajo, además, de que las fuentes usadas son de origen estadounidense, ello se debe a que los portales de información oficiales de nuestro país, no brindan información clara al respecto sobre en qué consiste el tratamiento de ambas adicciones.

Enfocándonos en cómo es que se tratan los trastornos de ansiedad y depresión, en el apartado previamente expuesto titulado: “Enfermedades/trastornos mentales más comunes detectados en México durante la pandemia por COVID-19.” Retomamos lo expuesto en la publicación emitida por la secretaria de salud “037. Pandemia de COVID-19 impactó salud mental de la población y del personal médico” en la cual básicamente se comentaba que las mejores alternativas para tratar los trastornos mentales eran: “la terapia cognitivo-conductual; la psicoeducación y rehabilitación cognitiva”

Un breve artículo emitido por la Comisión Nacional contra las Adicciones, retoma algunas técnicas para controlar la ansiedad, estas son:

- 1-Busca un lugar cómodo, en el que te puedas sentar o te puedas recostar.
- 2-Pon una mano en tu abdomen, una mano en tu pecho. La intención es que la mano del pecho no se mueva, que puedas mover la mano del abdomen.
- 3-Cuando inhalas inflas el estómago, y cuando exhalas el estómago se mete un poquito, así lo puedes hacer varias veces: cinco, seis, siete veces.
- 4-Trata de concentrarte en todos tus músculos. Trata de mantenerlos relajados, desde la punta de tus pies, hasta la punta de tu cabeza hay músculos y trata de relajarlos y pensar en algo agradable.

Inhalamos.

5-Exhalamos. A tu tiempo, a tu ritmo, sin forzarlo. (CONADIC, 2023)

Aclaremos que estos pasos no forman parte de un tratamiento o terapia en particular, sin embargo, consideramos pertinente su mención dado a que puede ayudar a tener una mejor comprensión sobre qué es lo que una instancia oficial gubernamental puede recomendar para controlar la ansiedad, además de que los mismos portales de información no comparten información más consistente sobre sus terapias/tratamientos.

Respecto a la depresión, el portal del IMSS menciona que el tratamiento depende de identificar si se trata de depresión moderada o depresión severa, añadiendo que “el tratamiento integral de la depresión se basa en dos acciones: Medicamentos antidepresivos, contra ansiedad o insomnio y Tratamiento conductual”. (IMSS, 2016) Con respecto a los medicamentos, se dice que estos serán proporcionados por un médico, y que el tiempo en que deberas tomarlos y cada cuanto dependerá de su diagnóstico, sugiriendo hacer caso al mismo. Sobre el tratamiento conductual, se comparten las siguientes recomendaciones:

- Acompañamiento de familiares o amigos
- No consumir estimulantes: cafeína, tabaco, alcohol
- Realiza ejercicio o camina acompañado de la persona más cercana a ti
- Toma alimentos saludables ricos en Omega 3
- Evita situaciones estresantes, discusiones, o ver personas que te alteran
- Aplica recomendaciones de higiene del sueño
- Fortalece tu espiritualidad
- Realiza manualidades o actividades artísticas (IMSS, 2016).

Como se puede observar, la falta de información concreta en portales de información oficiales representa una dificultad para poder alcanzar el propósito de apartados como este, por lo que la resolución de la respuesta a la segunda planteada para este análisis se hará con base en la información previamente recopilada.

Si bien con la primera pregunta se esclareció que una adicción y una enfermedad o trastorno mental no son lo mismo, pudimos encontrar como semejanza a la hora del tratamiento el apoyarse en medidas psicológicas como lo son las terapias conductuales, sin embargo, las diferencias se presentan en aspectos como el medicamento que se le puede prescribir a las personas que ya sean que padezcan alguna enfermedad/trastorno mental como lo son la ansiedad y la depresión o una adicción como lo pueden ser el alcohol o al tabaco. Por efectos de la presente investigación nos abstendremos de ahondar en criterios más específicos para el tratamiento de los trastornos y adicciones anteriormente mencionadas.

Para cerrar con este análisis, trataremos el tercer cuestionamiento planteado al inicio ¿Por qué relacionar la salud mental y las adicciones? de acuerdo a un artículo publicado por Cigna HealthCare se afirma que padecimientos mentales tales como: la depresión, el estrés, la esquizofrenia, etc. Pueden ocasionar que aquellas personas que lo padecen se vuelvan dependientes de ciertas sustancias nocivas para la salud en general. Además, que se pueden presentar casos a la inversa, en los cuales personas que ya eran adictas a alguna sustancia, pudieran desarrollar padecimientos mentales como los anteriormente mencionados, siendo ello denominado como un “diagnostico dual” finalizan recomendando tratar los problemas de salud mental y las de adicciones al mismo tiempo. (Healthwise, 2023)

Hemos encontrado un artículo en particular publicado por la Universidad Loyola Andalucía, cuyo título alude a lo que pretendemos analizar, este es: “Las adicciones y los problemas de salud mental, siempre de la mano”. En dicho artículo, se afirma que los adolescentes que presentan algún problema de salud mental, son muy propensos a adoptar “conductas adictivas”. (Artamendi, 2021)

“Estas se utilizan como vía de escape o afrontamiento (desadaptativo) de problemas como la tristeza, ansiedad, preocupación excesiva, aislamiento, baja autoestima, dificultades en las relaciones sociales, etc.” (Artamendi, 2021)

En el mismo artículo, se hace referencia a un estudio elaborado por la Universidad Loyola Andalucía, titulado: “Diferencias de Sexo en Comorbilidad entre Consumo de Sustancias y Salud Mental en Adolescentes: Dos Caras de la Misma Moneda” cuyos resultados sugieren que el sector de la población en el cual se presentan más problemas de salud mental son las chicas de 16 años que ya presentaban previamente alguna adicción. (Artamendi, 2021)

“En cuanto al consumo de alcohol en chicas, dicha adicción podría estar asociada con incrementar el estigma y la ansiedad, sobre el consumo de cannabis se comenta que las chicas podrían optar por su abuso a raíz de pensamientos compulsivos” (Artamendi, 2021)

No obstante, estos últimos comentarios, indica el artículo, son meramente hipótesis por lo que haría falta profundizar aún más sobre la manera en que se relacionan el consumo de ciertas sustancias con el desarrollo de ciertos problemas de salud mental.

La OMS también ha hablado sobre la relación salud mental y adicciones, en un artículo titulado: “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta” se comenta lo siguiente:

“Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental.” (OMS, 2022)

No obstante, la OMS en el mismo artículo hace mención de otros factores que contribuyen al hecho de ser propensos a un trastorno/enfermedad mental, algunos factores son:

“La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental”. (OMS, 2022)

Ello dice la OMS, pero ¿que nos dice el gobierno federal al respecto de esta relación? Para responder a esta pregunta se consultó el Programa de Acción

Específico, Salud Mental y Adicciones 2020-2024, el cual nos dice que esta relación se da por los siguientes factores:

-Recursos económicos, humanos y materiales escasos: Se reporta que en nuestro país, el presupuesto designado al sector salud es solamente del 2% del cual el 80% de ese es destinado en “gastos operativos de los hospitales psiquiátricos” el presupuesto restante no es suficiente para llevar a cabo acciones como: “la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación y, principalmente acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental.”

-Insuficiencia de servicios para tratar problemas de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas: “Los hospitales generales y servicios de psiquiatría solo cuentan con consulta externa especializada en psiquiatría, además de no contar con medios como camas censables (). Además, los Centros de Atención Primaria a la Adicciones no cuentan con capacitación para tratar problemas de salud mental relacionados con adicciones, y en algunas entidades federativas no cuentan con ni un Centro Integral de Salud Mental.

-Elementos susceptibles de modificación: debilidad de la capacidad rectora nacional de la salud mental, la segmentación institucional de la política de la salud mental y las adicciones, el modelo de atención basado en hospital psiquiátrico y villas de transición, la desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad de enfermedades crónico degenerativas, la resistencia de la integración de la salud mental y las adicciones dentro de la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), la falta alineación de la salud mental con los estándares de derechos humanos, la insuficiencia de recursos humanos capacitados, la infraestructura en APS-I, la brecha de atención, la falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual, la persistencia de un rezago presupuestal histórico de la salud mental, el estigma y la discriminación para las personas con trastornos mentales y consumo de sustancias, la falta de vinculación efectiva con

otros derechos sociales y económicos y la falta de evaluación de los resultados y del impacto de la política nacional.

Básicamente esas son las razones que plantea el gobierno por el cual se deben de tratar la salud mental en conjunto con las adicciones, sin embargo, en el mismo programa se hace un reconocimiento sobre que no siempre los problemas de salud mental se asocian con algún problema de adicciones:

“A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas es parte de los trastornos mentales y del comportamiento, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS (CIE-11), y se presenta una comorbilidad o patología dual en casi el 80% de los casos (las personas suelen presentar 2 o más trastornos).”

Este fragmento lo que nos da a entender es que de ese 100% de casos sobre personas que padecen algún trastorno mental, aproximadamente un 20% pudiera no presentar alguna dependencia a consumir alguna sustancia psicoactiva. Es por ese porcentaje que nos preguntamos en este punto ¿Por qué una instancia habría que manejar el abuso de sustancias a la par de los problemas de salud mental? Antes de responder a esta pregunta esclarezcamos cual es dicha instancia que trata la salud mental y las adicciones.

El 5 de octubre de 2023, por decreto del presidente Andrés Manuel López Obrador, se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) “se crea como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, operativa y administrativa, con domicilio en Ciudad de México.” Teniendo como objeto el “hacer efectivo el derecho a la prevención, control y atención de la salud mental y adicciones a la población mexicana, por medio de un modelo comunitario con enfoque de atención primaria a la salud integral con respeto a los derechos humanos, a la interculturalidad y a la perspectiva de género”

Si bien dicha instancia fue reconocida como “uno de los avances más importantes e históricos en materia de salud mental”, se debe reconocer que no es la primera medida que se toma en nuestro país para el tratamiento de la salud mental. Para

la misma creación de la CONASAMA se requirió la fusión de 3 instancias, estas son: Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC); el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME) y Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

CONADIC: “Es un órgano perteneciente a la secretaria de Salubridad y Asistencia y tiene la responsabilidad de proveer de los mecanismos de coordinación para dar cumplimiento a las tareas del Programa de Prevención y Control de Adicciones. Como cuerpo colegiado de coordinación en el ámbito federal, el CONADIC es presidido por el secretario de Salud y cuenta entre sus miembros a los titulares de dependencias públicas y representantes de los sectores Social y Privado, vinculados al tema del abuso de sustancias adictivas”.

STCONSAME: “Es la unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, responsable de las Políticas Nacionales en Salud Mental. Su misión es Mejorar y ampliar los servicios de Salud Mental que comprenden: prevención, atención ambulatoria, hospitalización, así como las estrategias de promoción; consolidando el Programa Nacional de Salud Mental y brindar servicios de calidad, otorgados con equidad y respeto pleno a los Derechos Humanos de las personas. Y su visión, lograr que la salud mental se aplique a través de programas de intervención especializados que respondan a los principales padecimientos, contando con estructuras adecuadas en número y tipo, para garantizar el acceso a los servicios, con la asignación de recursos suficientes que permitan su operación, y servicios gratuitos para los y las ciudadanas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social”

SAP: “Tiene como objetivo proporcionar a la población mexicana una atención en salud mental comunitaria, multidisciplinaria, integral y continua, mediante acciones de promoción y prevención, diagnósticas terapéuticas y de rehabilitación psicosocial, a través de servicios caracterizados por la calidad, el pleno respeto de los derechos y la dignidad humana, y sin ningún tipo de barreras para su acceso.”

Como podemos apreciar, se cuenta con una instancia exclusiva al combate contra las adicciones, al igual que con una instancia que trata a la salud mental, esto nos

llevó a pensar en por qué no mantener mismas instancias operando por separado, es decir ¿Por qué se fusionan estas instancias? De acuerdo al Programa de Acción Específico, Salud Mental y Adicciones 2020-2024, nos dice que están tres instancias por si solas: “no cubren integralmente las funciones rectoras necesarias, tales como conducción sectorial, regulación y normas, financiamiento, prestación de servicios y salud pública.” La fusión de dichas instancias implicó que sus mismas atribuciones y facultades pasaran a manos de la CONASAMA, ello de acuerdo al decreto oficial por el cual se crea la misma comisión.

No obstante, y tras consultar algunos artículos en línea, pudimos observar que la mayoría de estos exponían que el surgimiento de la CONASAMA se derivaba también con el propósito de erradicar la criminalización de las personas adictas a ciertas drogas, además de des institucionalizar la dependencia de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, hubo un artículo en el cual se expuso una especie de contradicción sobre el mensaje de no criminalizar a las personas adictas.

“El presupuesto público financia campañas estigmatizantes contra las drogas y el gasto en salud no crece” publicado por el sitio oficial Animal Político, comparte que el CONADIC “reportó que, entre 2019 y 2022, destinó poco más de 67 millones de pesos a diferentes campañas sobre adicciones, para las que celebró contratos con al menos 11 plataformas que diseminaron los mensajes” en el mismo artículo se menciona, que los anuncios que salieron al aire, compartían las siguientes características: se descarta la posibilidad de desintoxicación, rehabilitación o reducción de daños; la única alternativa que proponen es dejar de usar drogas; los protagonistas son de test morena y se encuentran en situación de calle. (Político, 2023)

Es decir, con ello, pareciera que el gobierno planea sembrar miedo a la población, no educar ni informar sobre los riesgos que con lleva el consumo de drogas, no, ellos con ese tipo de mensajes básicamente es como si te dijeran: Si te abstienes de probar las drogas estarás bien, y si no lo haces, así terminarás. Estos mensajes deberían contar con imágenes que ilustraran el interés que tiene el gobierno porque uno se rehabilite, quizás mostrando que el personal de las

diferentes instancias a las que puedes recurrir por ayuda, trate a un paciente con humanidad, cortesía y comprensión y no con desdén y haciendo malos gestos (como suele pasar en algunas instituciones).

Un punto más que trata este artículo y que es oportuno recuperar para este análisis es la cuestión del presupuesto, dado a que en este se explica que, a raíz de la fusión del CONADIC, STCONSAME y SAP el presupuesto que era designado a dichas instancias, ahora pasaría a manos de la CONASAMA.

“De acuerdo al Presupuesto de Egresos de la Federación, el origen de los recursos para la instrumentación de las acciones enmarcadas en el PAE corresponde a los programas presupuestales vigentes de las tres instituciones: STCONSAME, CONADIC, SAP”

“En 2023 la CONADIC todavía recibió un presupuesto de poco más de 768 millones de pesos –que no tuvo variaciones significativas desde el inicio de esta administración más que un decremento en 2020, año de la pandemia–, para 2024 desaparece del presupuesto y se destinan a CONASAMA, que absorberá el tema de adicciones, 2 mil 365 millones de pesos.” (Político, 2023)

Si bien, un aumento al presupuesto al tratamiento de las adicciones pareciera ser una buena señal para el combate de las mismas, entra un cuestionamiento que en los cursos previos de la licenciatura algunos compañeros nos hacíamos al momento de revisar los programas del gobierno actual, ¿Más dinero es la solución? La respuesta que damos a dicho cuestionamiento durante los cursos apuntaba a que la mayoría de programas que brindaban un apoyo económico a cierto sector de la población, presentaba algunos sesgos, dado a que si bien el dinero podría ayudar a quienes lo reciben, los problemas que dicho sector presentaba no las podían remediar en su totalidad con ese apoyo, al igual que no se sabía si este era realmente usado por el sector al que iba designado y si de este mismo sector se considera cuestiones como la desigualdad que representa otorgar dichos apoyos sin considerar la situación económica de quienes entran en el sector de la población destinado.

La cuestión del aumento de presupuesto asignado a la CONASAMA, podría no reflejar un cambio positivo si este mismo se sigue destinando al mantenimiento y gestión de hospitales psiquiátricos (como lo exponíamos anteriormente) al igual que si sigue invirtiendo en spots cuyo mensaje sea la criminalización del consumo de drogas, y en campañas las cuales no tendrán continuidad como es el caso de la campaña “Juntos por la paz”.

“Juntos por la paz, nunca llegó a su segunda etapa. El coordinador general de Comunicación Social y vocero de la Presidencia, Jesús Ramírez Cuevas, anunció el 17 de marzo de 2020 un viraje en el contenido de las campañas, supuestamente porque no se había logrado un impacto significativo”.

El Programa de Acción Específico, Salud Mental y Adicciones 2020-2024 es claro en cuanto su justificación y lo que busca lograr, sin embargo, para efectos de la investigación, llevamos a cabo una entrevista con un médico de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría, quien nos dedicó unos minutos para responder algunas preguntas referentes a la investigación (la entrevista completa podrá ser consultada en). Una de estas fue su opinión sobre el programa.

Entrevistador 1: Ya que hemos conocido sus experiencias y su perspectiva sobre el manejo de la salud mental en este lapso en el que inicio, duro y finalizo la pandemia, ahora queremos preguntar ¿Qué opina sobre el Programa Nacional de Salud Mental y Adicciones implementado para 2020 hasta el 2024?

Concretamente su opinión sobre el programa, era que este estaba bien planteado, pero que no se puede ejecutar como se tenía previsto por no contar con tres elementos: recursos, equipo e interés. Sobre la primera cuestión, ya hemos mencionado que la CONASAMA recibirá el presupuesto de 3 instancias, por lo que este podría invertirse en herramientas, medios, medicamentos que ayuden a auxiliar a quienes recurren por apoyo, en cuestión de cifras económicas exactas no pudimos encontrar las mismas, sin embargo, un informe emitido por la misma CONASAMA nos dice que “Evalinda Barrón Velázquez (integrante de CONASAMA), dio a conocer que, en México, hasta enero de 2023, 35.6 millones de personas han recibido servicios de orientación, información, prevención y

atención a través de la ENPA”. (Adicciones, 2023) el hecho de que no haya cifras económicas deja en duda la manera en que se está destinando el presupuesto.

Con respecto a los dos últimos elementos, el equipo y el interés, el entrevistado menciona lo siguiente: “en la parte de ejecución pareciera ser que lo que más les preocupó fue estar con un grupo 100% leal a los pensamientos de quien lo manejara y no tanto a las necesidades de la población.” Este comentario abre la oportunidad de ampliar el análisis y tratar un nuevo punto, que es la forma en que se opera dentro de las instancias enfocadas en el tratamiento de la salud mental y adicciones, aunque tenemos que aclarar que no se cuenta con información adicional para respaldar dicho punto, es meramente la experiencia del entrevistado, sin embargo, es evidente que no sería extraño si llegase a demostrarse que en estas instancias existe un conflicto de intereses, el velar solo por los objetivos de unos cuantos a costa de lo que toda una sociedad requiere, no es algo nuevo para nuestro país. Básicamente con estos dos últimos elementos, el entrevistado nos quiso decir que existen personas que “trabajan” la ejecución del plan, las cuales no comparten el mismo objetivo y que para mantener un puesto prefieren asentarse con la cabeza antes de exponer una postura opuesta a quienes están al mando.

Pese a los comentarios anteriores, el mismo entrevistado reconoce que hubo esfuerzos por ejecutar el plan como se tenía previsto, sin embargo, “termino pasando lo que pasa en muchos gobiernos y organizaciones mal planeadas, en donde lo que se tenía planeado al haber bomberazos, se tiene que cambiar la dirección hacia un lugar donde uno se pueda cuidar “de no recibir una puñalada por la espalda antes de que haga mi trabajo como funcionario de gobierno” como la “política sucia”. Con ello se deduce que al momento de efectuar el plan fueron surgiendo otras cuestiones que requerían atención inmediata, por lo que la prevalencia de las mismas, fue desorientando el curso inicial del programa.

Llegamos a la parte final de este análisis, como lo podrán haber visto hay argumentos para decir que la salud mental y las adicciones se deberían tratar por separado, al igual que existen argumentos que refuerzan dicha relación. Nuestro

entrevistado compartió su postura al respeto, y esta básicamente es a favor de tratarlas por igual dado a que anteriormente nos comenta

“las adicciones se trataban como un tema policiaco y de delitos, anteriormente si recuerdan el comisionado nacional de adicciones dependía de, no recuerdo si de seguridad pública o alguna otra instancia, entonces de alguna manera eso hacía que las adicciones fueran politizadas o estigmatizadas como un delito y en realidad, aunque es frecuente que las personas con adicciones delincan o que las personas que delincan tengan adicciones, muchas veces también se ve que cuando se ejerce la parte jurídica sin la parte de salud mental, se ejerce algo que también va en contra de los derechos humanos, entonces recientemente se estableció un concepto que es “justicia terapéutica” que es una modalidad del poder judicial, en la cual una persona es juzgada considerando que tiene adicciones lo cual de alguna manera humaniza y diluye un poco más la situación que se está teniendo, no tengo tanta experiencia en esta parte de la justicia terapéutica, pero sé que existe el concepto.”

El mismo entrevistado reconoce que hay términos y hechos que no recuerda en su totalidad, sin embargo, su opinión se considera debido a la trayectoria que tiene y su participación dentro de la evolución del tratamiento de la salud mental en conjunto con las adicciones. A raíz de lo que se ha expuesto, podemos decir que la relación salud mental y adicciones es oportuna. Ya que se ha presentado que la mayoría de casos de personas que padecen algún trastorno de salud mental, pueden desarrollar una adicción a alguna sustancia con la cual crean que podrán aliviar todo aquello que les genera el trastorno u enfermedad mental que padecen.

Sin embargo, sería necesario que el mismo Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones, al igual que la CONASAMA, esclarecieran un poco más su compromiso con la parte de la salud mental, dado a que en el mismo plan se enfatiza mucho sobre lo importante que es prevenir a la sociedad sobre el daño que ocasionan ciertas sustancias, mencionando a la salud mental únicamente como un aspecto personal que se puede ver vulnerado. Es decir, deberían invitar a la sociedad a que reflexionen sobre el cuidado de su salud mental, y no solo a

que les teman a las adicciones, recordemos que a salud mental es: “El estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés”. (IMSS, s.f.)

Sin salud mental, básicamente no podríamos interactuar con nuestro entorno, existe población que tiene algún trastorno/enfermedad mental la cual no es adicta a alguna sustancia, y podría ayudarles a sentir más confianza y seguridad acercarse a instancias oficiales por ayuda, si las mismas remarcaran que están dispuestos a auxiliarte a llevar tu padecimiento sin tener que forzosamente ser adicto a algo. Hace falta transparencia y claridad en cuanto a lo que se destina para tratar la salud mental y las adicciones, como lo mencionamos la CONASAMA no encontramos el presupuesto que se le fue designado, las instancias que se fusionaron: CONADIC, STCONSAME y SAP, solo de la primera pudimos encontrar cuanto presupuesto se le fue designado, sin embargo, queda en duda cuanto es lo que invierte STCONSAME y los SAP para que la CONASAMA pueda efectuar los planes que tiene previstos. Pero en términos generales, es lo más apropiado manejar la salud mental y las adicciones.

CONCLUSIÓN.

La salud mental no es un tópico exclusivo de la psicología, y no debería ser un tema indiferente en ningún rubro tanto académico como de desarrollo social. En esta ocasión se relacionó la salud mental bajo el enfoque de la política, específicamente, se trataron acciones y medidas implementadas por el gobierno

federal para el tratamiento de esta en un lapso que va desde antes hasta finales de la pandemia por COVID-19. El coronavirus fue un evento que agudizó los problemas mentales que la población padecía, de igual forma, la emergencia sanitaria por COVID-19 empezó por desencadenar eventos estresantes tales como miedo al contagio, incertidumbre por la afectación de la enfermedad y de las finanzas personales, xenofobia, excesiva exposición a medios (infodemia), pánico a la muerte y temor al fallecimiento de seres cercanos, entre otros. Se ha puesto en evidencia el impacto que la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental: por un lado, activa mecanismos adaptativos como la resiliencia y el afrontamiento positivo y, por el otro, pone en marcha mecanismos desadaptativos como trastornos de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria, consumo excesivo de alcohol, tabaco y suicidio.

El desarrollo del presente trabajo terminal nos permitió responder y cumplir con los objetivos previamente establecidos para el mismo. Respondiendo a la pregunta de investigación.

Pregunta de investigación.

¿Qué acciones implementó el gobierno de México en materia de salud mental a la población mexicana, antes, durante y después de la emergencia sanitaria de COVID-19 (2018-2024)?

Las principales acciones que el gobierno implementó durante este lapso fueron: El Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024); El Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2023-2024); se propuso la creación de una nueva unidad administrativa que fusione las diferentes instancias existentes, como el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP); Promoción de un enfoque comunitario de salud mental y adicciones, con una orientación hacia la descentralización de los servicios de salud y una mayor integración con la Atención Primaria en Salud Integral de primer nivel (APS-I).”

En cuanto a nuestros objetivos:

Objetivo General.

Identificar las acciones y cambios en materia de salud mental que el gobierno realizó a través de los programas: El Programa Sectorial de Salud Mental (2013-2018) El Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024)

El objetivo se cumplió, ello se puede corroborar en el apartado: “Comparación de los programas específicos de salud mental (2013-2018) y de salud mental y adicciones (2020-2024)”, resaltando el estudio de tres partes por programa:

Apartado Introdutorio: En donde buscamos ilustrar los principales objetivos y diferencias que puedan tener ambos programas, teniendo en cuenta el lapso en el que fueron publicados.

Apartado “Estado Actual (Justificación) y Problemática: Dentro de este apartado se analiza la situación “actual” en la que fueron desarrollados los programas, así como la prevalencia que tienen los trastornos mentales, así como las adicciones en su conjunto, además explicamos los desafíos específicos que enfrentan ambos programas dentro del sistema de salud, las brechas, recursos y el estigma que pueda existir

Apartado de objetivos: Como hemos mencionado en apartados anteriores, dentro del proceso de las políticas públicas, los objetivos siempre serán una guía clara y medible acerca del éxito que pueda tener los programas, además estos siempre proporcionarán claridad, así como dirección de acuerdo con el propósito del programa, de esta manera se pueda tener cuenta el progreso y con el tiempo se puede evaluar la efectividad o poder identificar diferentes áreas prioritarias y de mejora. Teniendo esto en cuenta, damos pie al inicio de esta última sección.

Objetivos Específicos.

Explicar la transición al modelo de atención primaria propuesto por El Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024): El objetivo se cumplió dado a que se explicó a profundidad el modelo de primer nivel, el cual es el más

cercano a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Este primer nivel brinda atención en todo el país mediante una red de unidades médicas que cuentan con servicios básicos de acuerdo con su infraestructura y capacidad instalada, pueden diferir en el tipo y la variedad de servicios que ofrecen

Analizar la relación entre salud mental y adicciones: Se pudo llevar a cabo dicho análisis, el cual tuvo como resultado que la relación de ambos aspectos era lo más factible debido al alto porcentaje de casos en los que una persona con algún padecimiento o trastorno mental puede desarrollar una adicción y viceversa.

Los principales conocimientos documentales obtenidos empiezan con la historia de la salud mental en México, la cual muestra una evolución tanto en las medidas implementadas como en la percepción de aquellos que presentaban alguna enfermedad/trastorno mental, pasando de ser marginados y exiliados por la sociedad hasta ser reconocidos por los diferentes gobiernos que han pasado en la historia de nuestro país, implementando medidas con un mayor sentido humanitario.

Dicho avance no se habría dado si la influencia de otros países, a raíz de conferencias y tratados con intervención de organizaciones mundiales como la OMS y la OPS, con este tipo de datos pudimos notar que existen tanto diferencias como semejanzas en cuanto al tratamiento de la salud mental por gobiernos de países latinoamericanos tales como: Brasil, Chile, Perú y Uruguay. Las diferencias empiezan desde los límites y dimensiones geográficas, la forma de pensar de quienes han estado al mando, hasta los programas creados para el tratamiento de la salud mental, antes, durante y después de la pandemia por Covid-19. En cuanto a semejanzas pudimos encontrar que antes de la pandemia por Covid-19 el presupuesto designado para el sector salud es bastante limitado, y la percepción sobre aquellos que tenían algún trastorno/enfermedad mental.

La situación de la salud mental durante la pandemia en nuestro país fue nuestro siguiente punto a tratar, y como en la mayoría de los países, esta situación represento un reto para la salud mental, dado a que factores como el aislamiento, el miedo y la desinformación formaron parte de nuestras nuevas rutinas. De acuerdo con investigaciones realizadas por instancias tanto nacionales como internacionales, pudimos comprobar que los dos trastornos mentales más comunes durante la pandemia fueron la ansiedad y la depresión, haciendo que los registros de los mismos padecimientos aumentaran más del doble. Sobre ello podemos resaltar que obtener información sobre el tratamiento de las dos adicciones más comunes durante la pandemia (alcohol y tabaco) fue más sencillo que encontrar información concreta sobre cómo tratar los dos padecimientos mentales anteriormente mencionados.

Posteriormente hemos presentado una comparativa entre programas sobre salud mental y adicciones implementadas en nuestro país, estos fueron el Programa de Acción Especifico de Salud Mental (2013-2018) y el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2020-2024), nos dejó muy clara la visión al respecto de la situación actual en nuestro país.

La salud mental es un proceso que sigue y seguirá necesitando de apoyo para poder ser controlada en nuestro país, como vimos en el proceso de esta investigación, la emergencia sanitaria de COVID-19 dificulto en gran medida el planteamiento acerca de la salud mental, así como su tratamiento. Es importante que se siga trabajando en la capacitación de los profesionales de salud, así como estrategias que ayuden a sensibilizar a la población acerca de la importancia de la salud mental y de las adicciones, si bien se ha avanzado de manera considerable, actualmente sigue existiendo un estigma con respecto a las afecciones mentales, es importante promover la aceptación y el apoyo de los servicios de salud mental.

Aunque ambos programas ofrecen cambios significativos, es indispensable siempre tomar en cuenta la implementación efectiva de los programas que se pongan en marcha, para que estos siempre puedan alcanzarlos los objetivos que buscan, recordemos que, si la implementación falla, toda la política se hunde. Es

necesario que estén disponibles los recursos, así como el personal y el monitoreo para poder asegurar que las políticas planteadas y en este caso las políticas en curso de salud mental se estén llevando a cabo de manera eficiente.

De igual forma, aunque el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2018-2024) parece estar desarrollado de mejor manera, es ineficiente en cuanto a evaluaciones para saber si este está siendo efectivo. Es necesario que se fortalezcan los mecanismos que puedan monitorear y desarrollar una evaluación efectiva de estos, de esta manera se podrá comprender el impacto que tiene el programa y de ser necesario ajustarlo para que se desempeñe de la mejor forma. Con esto es importante tener en cuenta a la población en general para estas evaluaciones, las evaluaciones que se integren por la participación de las comunidades locales, así como por parte de los mismos usuarios de los servicios de salud mental podrían ayudar a retroalimentar de manera efectiva sobre el programa y de esta forma se podrían tratar otras áreas de mejora y además tendría un enfoque colaborativo, indispensable para el modelo comunitario que propone.

Por otra parte, el Programa Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2018-2024) necesita de mayor claridad en cuanto a conceptos para que se pueda trabajar y entender de mejor forma, una vez dicho esto, observamos que los modelos de atención no están esclarecidos de la mejor manera, lo que provoca que se tenga que acudir a literatura externa para esclarecer a lo que se refiere. Los modelos de atención deben pasar por un proceso de promoción, para que la población haga concientización acerca de lo que trata de llevar a cabo con respecto a la salud mental y evitar cuestiones como las noticias falsas, que pueden alterar el curso de la política en cuestión.

El último apartado que desarrollamos fue un análisis sobre la relación salud mental y adicciones, sobre la cual podemos rescatar que existen argumentos para refutar el relacionar y no relacionar ambos temas, sin embargo, por la alta cifra de personas que suelen padecer algún trastorno/enfermedad mental y a la vez una adicción se consideró pertinente afirmar que el tratarlos al mismo tiempo era

factible, no obstante, también se reconoce que las mismas instancias que tratan por igual la salud mental y las adicciones, deberían hacer énfasis en el tratamiento de la salud mental y no solo en el de las adicciones, pues un problema de salud mental no solo puede quedar como una consecuencia de ser adicto a alguna sustancia.

Básicamente lo anteriormente expuesto, forma parte de los conocimientos documentales adquiridos, y si bien fueron fundamentales en cuanto al desarrollo y la estructuración final de la investigación, quienes la llevamos a cabo consideramos pertinente mencionar en este último apartado los conocimientos empíricos adquiridos. ¿Cómo cuáles? En la versión definitiva de este documento se podrá encontrar la entrevista que llevábamos a cabo con un doctor de consulta externa, las preguntas que se le realizaron tenían por finalidad ampliar nuestra percepción y conocimiento sobre la temática de la investigación.

No obstante, la calidad de las respuestas fue tal que consideramos podrían usarse como tópicos a desarrollar más adelante, ello se debe a que nos respondió no solo desde lo lógico y lo previamente documentado sino desde lo que había vivido. De esta entrevista pudimos conocer más a fondo en cómo es que la gente que trabaja en el área de la salud mental piensa, el conflicto de interés que suele presentarse a la hora de tomar decisiones importantes y algunas anécdotas que se han dado durante su estancia.

Como en toda entrevista, nos enfrentamos ante ciertos sesgos, como el no poder corroborar algunos datos que nos dio el entrevistado en otras fuentes de información, además, pudimos notar que, en la mayoría de sus respuestas, estaban acompañadas de juicios de valor personales, quienes elaboramos la presente investigación optamos por omitir hacer juicios sobre las respuestas brindadas por el entrevistado.

Otra cuestión que jugo en contra para su realización fue la disponibilidad de tiempos por parte del entrevistado, ello no lo decimos con el afán de evidenciar algo, no, se hace mención de ello, para que todo lector que esté interesado en llevar a cabo una entrevista con algún funcionario o servidor perteneciente al rubro

de interés, tome en cuenta detalles como ese, al igual que otros como: el interés por parte del entrevistado por colaborar; las preguntas que se pretenden realizar; el cuidado de datos tanto personales como juicios emitidos por el entrevistado, etc.

Algo más que hemos aprendido con la elaboración de este trabajo terminal, es lo complicado que resulta obtener información clara y concisa por parte de fuentes oficiales, como los son los sitios en línea de las diferentes dependencias y secretarías gubernamentales. Como fue el caso en el apartado previo “*Análisis de la percepción del gobierno: ¿por qué relacionar la salud mental con las adicciones?*” en un momento de dicho análisis se pretendía contrastar la manera en que se trata una adicción como el alcoholismo y el tabaquismo con enfermedades mentales tales como la ansiedad y la depresión. Portales como el del IMSS no compartían procedimientos tan claros para comenzar a tratar la ansiedad, únicamente limitándose a dar algunos consejos, y si bien podrían resultar útiles para algunas personas, deja en evidencia que no se cuenta con información pertinente para auxiliar tanto a las personas que pudieran padecerla como a las personas que forman parte del entorno del paciente. En este mismo análisis, también se presentó como dificultad, el hecho de que no se contaba con información a nuestro parecer elemental, como lo es los presupuestos designados a las instancias que fueron fusionadas para la creación de la CONASAMA, pues, como se hace mención en el mismo, la fusión de la CONADIC, STCONSAME y las SAP, implicó que el presupuesto que era designado a estas mismas pasaría a manos de la CONASAMA, sin embargo, de las dos últimas instancias, no había información referente al presupuesto designado. Entonces la temática de la investigación presenta tal potencial, que, de haber contado con dicha información, esta se pudo haber ampliado más.

El acceso a la información fue una cuestión crucial para el desarrollo de la investigación, pues esta misma nos puso límites como los que hemos comentado anteriormente, sin embargo, la información con la que dispusimos también nos ayudó a ampliar tanto nuestro conocimiento sobre la temática expuesta, ello viéndose reflejado en el análisis que hemos realizado sobre la misma, como es el

caso de la relación salud mental y adicciones, la información que nos brindó el actual gobierno, constaba de que estas se trataban en conjunto, y en un principio consideramos que ello no era apropiado dado a la existencia de instituciones que trataban por separado tanto a la salud mental como a las adicciones, no obstante, tras consultar el programa de salud mental y adicciones 2020-2024 pudimos obtener una justificación de dicha relación, además, dicha respuesta nos pareció adecuada dado a que la misma estaba respaldada por lo expuesto por organizaciones internacionales como la OMS y la ONU, con ello pretendemos esclarecer que la presente investigación concluyo de manera satisfactoria, y no solo porque se cumplieron los objetivos previos a la misma, sino, por que logramos rescatar información útil, poniendo a prueba nuestras habilidades como investigador que adquirimos a lo largo de la licenciatura.

Finalmente, con todo lo que se ha expuesto, consideramos que la investigación tiene potencial para seguir siendo desarrollada, dado a que los contextos pueden varear, y muestra de ello el que estamos a semanas de elegir a nuestro nuevo presidente (a), e independientemente de la preferencia del lector y de los resultados que se den, la salud mental bajo el enfoque político (como cualquier otro) podrá brindar nuevos puntos para analizar lo que se hace en materia de salud mental. Para aquel lector, que esté interesado en llevar a cabo una investigación con un tópico similar al que hemos desarrollado nos gustaría compartírte una frase que escuchamos por parte de más de un profesor en la licenciatura: “la no información, también es información”.

Bibliografía

- Servicios de Investigación y Analisis. Camara de Diputados. (2006). *La Salud Mental en México*.
- Aguilar, C., & Lima, M. (2009). ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
- Aguilar, L. (1992). *El Estudio de las Políticas Públicas*. Porrúa.
- Aguilar, L. (2004). Recepción y desarrollo de la disciplina de Política Pública en México. Un estudio introductorio. *Sociología*(54), 15-37.

- Aguilar, L. (2012). Política Pública Una visión panorámica. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*.
- Ángeles, M., & González, N. (2008). *Salud, Sociedad y Democracia*. Plaza y Valdes.
- Bañon, R., & Castillo, E. (1997). *El análisis de las políticas públicas*. Alianza Editorial.
- Baroni, C. (2017). *Perspectivas y Proyecciones de la Salud Mental en el Uruguay*. SERPAL.
- Brena, I. (2020). *Derecho y Salud*. El Colegio Nacional.
- Cámara de Diputados. (2006). La Salud Mental en México. *Servicio de Investigación y Analisis. División de Política Social*, 1-25.
- Campillo, C. (2020). Las personas con trastornos mentales a la luz de la salud pública, los derechos humanos y la discapacidad. En I. Brena, *Derecho y Salud* (pág. 13). El Colegio Nacional.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2021). *Promulgación de la Primera Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos*.
- CONEVAL. (2020). *Terminos de referencia para la Evaluación de Diseño*.
- Cruz, M. (2023). Revisión y análisis de la política pública en salud mental del sexenio de Andrés Manuel López Obrador: el caso de la depresión. *División de CSH*.
- De Gonzalez Mariscal, J. (1960). Hospitales para Enfermos Mentales en la Colonia. *Salud Pública en México*, 1-10.
- De la Fuente, R. (1982). *Acerca de la Salud Mental en México*. 1.
- De la Fuente, R. (1988). *Semblanza de la Salud Mental en México*.
- de León, N. (2013). *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental*. CSIC.
- Diario Oficial de la Federación. (2012). *Norma NOM-025-SSA2-2012*.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Norma NOM-025-SSA2-2014*.
- Diario Oficial de la Federación. (30 de 12 de 2022). *Diario Oficial de la Federación*. Retrieved 23 de 08 de 2023.
- EVALÚA. (2022). *DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022*.
- Fonseca, M. (2017). La disciplina de políticas públicas en México y sus principales autores. *Ideas, discursos y cambio de políticas públicas*, 36.
- Franco, J. (2013). ¿Qué son las políticas públicas? En J. Franco, *Diseño de las Políticas Públicas*.
- Franco, J. (2021). *¿Qué es el ciclo de vida de las políticas públicas?*
- García, J. G. (2017). La fundación del Hospital de la Caridad de San Hipólito en la Ciudad de México, 1566-1572. 1-15.

- Gatell, H. (26 de Julio de 2020). *Informe Diario sobre Coronavirus*.
- González, C. (2020). *La situación de la Salud Mental en Uruguay y la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental nº 19.529 en el marco de la emergencia sanitaria, social y económica provocada por la pandemia del COVID-19*.
- Henao, S., Quintero, J., & Echeverry, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. 1-9.
- Hernandez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electronica*.
- Ibarra, V., & Talledos, E. (2016). *Megaproyectos en México*. ITACA.
- Instituto de Investigaciones Historicas, U. (2023). *Breve historia del Manicomio La Castañeda*.
<https://saludmental.historicas.unam.mx/la-castaneda/breve-historia>
- Lahera. (2004). *Introducción a las políticas públicas*. FCE.
- Leiva, V., González, P., & Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Martell, J. (2016). UNA REFLEXIÓN EN TORNO A LAS POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD MENTAL EN MÉXICO. *IBERO FORUM*, 2-3.
- Martinez, D. (2019). *PsyCiencia*. <https://www.psyciencia.com/salud-en-mexico-2019-a-que-prestar-atencion/>
- Méndez, J. (2020). *Estado y Políticas Publicas*. COLMEX.
- Meny, & Thoening. (1992). *Las políticas públicas*.
- Ministerio de Salud de la Republica de Perú. (2004). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*.
- Olavarría, M. (2017). Implementación de políticas públicas: lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud en Chil. *Revista CLAD*.
<https://doi.org/https://www.redalyc.org/journal/3575/357550203004/html/#:~:text=La%20implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20puede%20ser%20vista%20como%20la,a%20las%20intervenciones%20del%20Estado>.
- OMS. (2020). *OSDE*. <https://institutoeuropeo.es/articulos/insights/enfermedades-psicosomaticas-el-poder-de-la-mente-sobre-el-cuerpo/>
- ONU. (2006). POLÍTICA, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL. *Conjunto de Guías sobre Políticas de Salud Mental*, 120.

- OPS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Salud Mental en Atención Primaria*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria#:~:text=El%20abordaje%20de%20la%20salud,las%20personas%20en%20su%20entorno>.
- Ortegón, E., Pacheco, J., & Prieto, A. (2005). Metodología del marco lógico. *MANUALES*, 127.
- Peralta, C. (2022). *Universidad veracruzana*. <https://www.uv.mx/prensa/general/en-mexico-salud-mental-no-ha-sido-prioridad-shoshana-berenzon/>
- Rivero, M., & Velázquez, M. (2021). Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles. *Espacialidades*, 11(2), 16.
- Rodriguez, C. (2020). Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Medica de México*.
- Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud Mental*, 6-10.
- Sacristán, C. (2010). Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968. *Espacio Plural*, 4.
- Secretaria de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.
- Secretaria de Salud. (2001). *Programa Salud Mental 2001-2006*.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental*.
- Secretaria de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013- 2018*.
- Secretaria de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018*.
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024*.
- Secretaría de Salud. (2022). 166. Sector Salud trabaja en nuevo modelo de atención a la salud mental y adicciones. *Integra las acciones de Conadic, Servicios de Atención Psiquiátrica y Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/166-sector-salud-trabaja-en-nuevo-modelo-de-atencion-a-la-salud-mental-y-adicciones>
- Secretaría de Salud. (2023). Autoridades presentan Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023–2024. *Con enfoque comunitario permite a personas acceder a servicios de forma universal y gratuita: Jorge Alcocer Varela*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/autoridades-presentan-plan-sectorial-de-salud-mental-y-adicciones-2023-2024>

- Secretaría de Salud. (2023). *Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024*.
<https://iapa.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/64a/db0/d60/64adb0d605a9c649504003.pdf>
- UNAM. (2016). *¿Qué es el proceso de políticas?* Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3565/7.pdf>
- Universidad Abierta y a Distancia de México. (2021). *Organización del Sistema de Salud*.
https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/GSS/03/HOSS/unidad_03/descargables/HOSS_U3_Contenido.pdf
- Urías, B. (2004). Degeneracionismo e Higiene Mental en México Posrevolucionario. *Instituto de Investigaciones Sociales*, 1-30.
- Vargas, E., Becerril, V., & Agudelo, M. (2023). Análisis de la coherencia interna del Programa de Salud Mental. *Gaceta Sanitaria*, 1-2.
- Velázquez, T. (2023). *Salud Mental y COVID-19*. Tesania Velázquez.
- Tausch, A., Souza, R. O. E., Martínez-Viciano, C., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *the Lancet Regional Health Americas*, 5, 100118. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad*. (2022, March 4). Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/03/1504932>
- Medina-Mora ME, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, et al. Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio *Global Burden of Disease* 2021. *Gac Med Mex*. 2023;159(6):527-538. Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.23000376>
- Hernández, G. (2021, October 11). Pandemia triplicó las afectaciones a la salud mental; ansiedad y depresión a la alza. *El Economista*.

<https://www.economista.com.mx/capitalhumano/Pandemia-triplico-las-afectaciones-a-la-salud-mental-ansiedad-y-depresion-a-la-alza-20211007-0109.html>

El Economista. (2022, November 11). México, país donde más subió ansiedad durante pandemia. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Mexico-pais-donde-mas-subio-ansiedad-durante-pandemia-20221110-0157.html>

Rodríguez-Hernández C, Medrano-Espinosa O, Hernández-Sánchez A. Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Gac Med Mex*. 2021;157(3):-.

Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.20000612>

Graficas OCDE: <https://www.oecd.org/wise/covid-and-well-being-country-note-Mexico-in-Spanish.pdf>

De Salud, S. (n.d.). 037. *Pandemia de COVID-19 impactó salud mental de la población y del personal médico*. gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/037-pandemia-de-covid-19-impacto-salud-mental-de-la-poblacion-y-del-personal-medico?idiom=es>

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2022 INFORME FINAL. (2023). *Evalúa*.

https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2024/se/ee/Informe%20final%20salud%20mental_vA.pdf#page81

Numata, C. (2023, 20 enero). *¿Cómo entender las adicciones?* TecSalud.

<https://blog.tecsalud.mx/como-entender-las-adicciones>

CONADIC (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. México: Autor

Tratamiento del alcoholismo: cómo buscar y obtener ayuda. (s. f.). NIAAA.

<https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/treatmentSpanish.pdf>

¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco? | National Institute on Drug Abuse. (2020, June 2). National Institute on Drug Abuse.

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>

(Cuidados Personales - El Trastorno De Ansiedad Generalizada: MedlinePlus Enciclopedia Médica, n.d.)

Fernández-Artamendi, S. (2021, July 13). *Las adicciones y los problemas de salud mental, siempre de la mano*. The Conversation. <https://theconversation.com/las-adicciones-y-los-problemas-de-salud-mental-siempre-de-la-mano-161625>

World Health Organization: WHO. (2022, June 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Adicciones, C. N. C. L. (n.d.). *Cómo controlar la ansiedad*. gob.mx.

<https://www.gob.mx/salud/conadic/articulos/como-controlar-la-ansiedad-331466>

Depresión. (2016). <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>

Político, C. A. (2023, November 28). *El presupuesto público financia campañas estigmatizantes contra las drogas y el gasto en salud no crece*. Animal Político.

<https://animalpolitico.com/sociedad/campana-contra-drogas-presupuesto-salud>

De Salud Mental Y Adicciones, C. N. (2023, August 31). *35.6 millones de personas en México han recibido servicios de información, orientación, prevención y atención en adicciones*. gob.mx. <https://www.gob.mx/conasama/prensa/35-6-millones-de-personas-en-mexico-han-recibido-servicios-de-informacion-orientacion-prevencion-y-atencion-en-adicciones-343937>

Bravo, G. R. (2021, October 8). *Día Mundial de la Salud Mental*.

<https://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/1975-dia-mundial-de-la-salud-mental>

N, R. (2023, May 27). Salud Mental: El 30% de la Población es Afectada. *N+*.

<https://www.nmas.com.mx/salud/salud-mental-el-30-de-la-poblacion-es-afectada/>