



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**División de Ciencias Sociales y Humanidades**

Nuevas generaciones, mismos retos:  
Análisis sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental para la población joven de la  
Ciudad de México

**T R A B A J O T E R M I N A L  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL**

**P R E S E N T A:**

**Castillo Galindo Daniel**

**Asesor:**

Dr. Juan José Carrillo Nieto

**Ciudad de México**

**Septiembre, 2024**

# Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi madre y a mi abuela, por haberme educado y darme una vida próspera, por confiar en mí, por destinar tantos años de su vida, tantos recursos y tanto esfuerzo para que yo pudiera estar aquí.

También quiero reconocer la importancia que Alexa, Danna e Imelda Vilchis tuvieron en mi vida, ya que durante más de seis años me brindaron su apoyo incondicional y el calor de un hogar. Estaré eternamente agradecido con ustedes por abrirme las puertas de su casa, y por permitirme encontrar en ustedes una segunda familia.

A mis amigos Abyan, Edith, Monse, Nataly, Pamela y Román, que desde que entraron a mi vida han sido una fuente constante de apoyo dentro y fuera de la universidad. No puedo imaginar haber disfrutado tanto de mis estudios sin su compañía.

A todas y todos los académicos que me inspiraron a lo largo de la licenciatura, con especial dedicatoria al Dr. Juan José Carrillo Nieto, la Dra. Esthela Irene Sotelo Núñez, la Dra. María Griselda Günther, al Mtro. Mario Alejandro Carrillo Luvianos y al Lic. Jorge Trinidad Garcés. Gracias por compartir su conocimiento y por inspirarme a continuar con mis estudios.

A Margarita Aguilar, a quien conocí en mi estancia en el Colegio Académico y cuya presencia en mi vida fue fundamental para hacer realidad este trabajo. Gracias por ayudarme a recordar el porqué de este viaje académico que parecía no tener fin, y por inspirar este proyecto. Aunque nuestras vidas ya no coinciden como solían hacerlo, en cada una de estas páginas conservo un poco de tu fortaleza, tu inteligencia y tu extrema bondad. Estoy ansioso por ver todo lo que lograrás en unos años, tengo la esperanza de volver a coincidir en el futuro con personas tan comprometidas como tú.

Este trabajo es tan tuyo como mío.

# Índice

Introducción .....	2
1. Marco Teórico/Conceptual .....	5
1.1 Definición de Salud Mental.....	5
1.2 Conceptualización de la Salud Mental Desde una Perspectiva Holística y de Derechos Humanos.....	7
1.2.1 El Enfoque Biológico .....	10
1.2.2 El Enfoque Mental.....	12
1.2.3 El Enfoque Social .....	13
1.2.4 La Salud Mental Como Derecho Humano .....	15
1.3 Impacto de los Problemas de Salud Mental en la Calidad de Vida y el Desarrollo Integral de los Jóvenes .....	17
1.4 Salud Mental Desde una Perspectiva Sociopolítica .....	20
2. Marco Histórico/Contextual .....	23
2.1 Historia de las Instituciones de Salud Mental en México .....	23
2.2 El Panorama Actual de la Salud Mental.....	33
2.3 Marco Jurídico de la Salud Mental Para Jóvenes.....	39
2.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos .....	40
2.3.2 Declaración Universal de los Derechos Humanos .....	41
2.3.3 Ley General de Salud.....	42
2.3.4 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes .....	45
2.3.5 Programa de Acción Específico: Salud Mental y Adicciones .....	45
3. Disponibilidad y Acceso a Servicios de Salud Mental en la Ciudad de México .....	50
3.1 ¿Qué Servicios Existen en la Ciudad de México?.....	50
3.1.1 Hospitales Psiquiátricos .....	50
3.1.2 Centros de Salud .....	53
3.1.3 Servicios de Salud Mental Integrados en Instituciones de Atención General.....	56
3.1.4 Líneas de Apoyo y Otras Instancias de Atención .....	58
3.2 Evaluación de Disponibilidad, Accesibilidad y Barreras de los Servicios .....	62
Conclusiones .....	78
Bibliografía .....	83
Anexos .....	89

## **Introducción**

La salud mental es un pilar fundamental para el bienestar y el desarrollo de cualquier sociedad, su importancia trasciende el ámbito individual y se proyecta en todos los aspectos de la vida colectiva, desde la productividad económica hasta la cohesión social. No obstante, cuidar de ella en el contexto actual parece más un lujo que un derecho, por lo que su promoción y cuidado deberían ser prioridades en las políticas públicas. Teniendo esto en mente, la hipótesis de la cual parte esta investigación es que, en la Ciudad de México, los jóvenes de entre 12 a 29 años tienen acceso a una variedad de alternativas para la atención en salud mental como resultado de las políticas y programas implementados en México. Sin embargo, este acceso, en conjunto con la calidad y eficacia de estos recursos, puede verse comprometido debido a problemas tales como la sobrecarga de los servicios existentes, la poca difusión de los recursos disponibles y las barreras geográficas que dificultan el acceso a servicios que solo se encuentran en ciertas zonas de la ciudad.

El problema identificado en la Ciudad de México y que guía esta investigación, es la evidente falta de acceso de los jóvenes a servicios de salud mental, lo que podría sugerir la existencia de limitaciones en las políticas sociales diseñadas para atender sus necesidades en este ámbito. La falta de claridad respecto a la disponibilidad, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud mental para la población joven presenta interrogantes sobre la eficiencia de las políticas actuales, instando a una investigación orientada hacia la comprensión de los factores que pueden estar contribuyendo a esta problemática.

El objetivo principal de este estudio, entonces, es examinar la accesibilidad de los servicios de salud mental para los jóvenes de la Ciudad de México, con un enfoque particular en los factores sociales y políticos que condicionan dicho acceso. Para ello, se busca evaluar la disponibilidad y calidad de estos servicios, así como identificar las principales barreras y desafíos que enfrentan los jóvenes al intentar acceder a atención especializada. A partir de este objetivo general, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las alternativas disponibles para

los jóvenes de la Ciudad de México que buscan recibir atención en salud mental? y ¿qué se ha hecho en materia de salud mental en México?

Sin embargo, antes de analizar qué tan accesibles son los servicios existentes en la Ciudad de México, o cómo funcionan estos en el contexto específico de la juventud, es necesario desarrollar primero una conceptualización de lo que es la salud mental, motivo por el cual este trabajo se divide en tres capítulos.

En el primero, por medio de un marco teórico y conceptual, se intenta definir a la salud mental desde una perspectiva holística y de derechos humanos, analizando tres enfoques diferentes (biológico, mental y social) y además estableciendo a la salud mental como un derecho humano fundamental. En este primer apartado también se evalúa el impacto de los problemas de salud mental en la calidad de vida y el desarrollo integral de los jóvenes.

Posteriormente, en el segundo capítulo, por medio de la formulación de un marco histórico y contextual, se aborda la evolución de las instituciones de salud mental en México, el panorama actual y el marco jurídico aplicable. Resulta fundamental examinar detalladamente el marco legal que rodea a la salud mental para comprender las leyes y regulaciones específicas relacionadas con la prestación de servicios de salud mental a los jóvenes de la Ciudad de México.

Finalmente, la investigación se centra en la disponibilidad y acceso a servicios de salud mental en la Ciudad de México por medio de su tercer capítulo, para el cual se realizó un inventario de los servicios existentes, incluyendo hospitales psiquiátricos, centros de salud, servicios integrados en instituciones de atención general y líneas de apoyo. Además, se recopilan perspectivas de usuarios actuales de estos servicios y, en conjunto con el análisis de la accesibilidad, se emiten algunas recomendaciones que se consideran pertinentes.

Este trabajo se enmarca en los objetivos de la licenciatura en Política y Gestión Social, ya que busca analizar las acciones gubernamentales y sociales en torno a la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria, evaluando su efectividad y proponiendo estrategias de mejora. A través de un diagnóstico detallado de la

accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental para jóvenes en la Ciudad de México, se exploran las barreras existentes y las respuestas institucionales, con el fin de identificar soluciones que integren tanto el quehacer gubernamental como la participación de actores sociales. Este enfoque permite aplicar recursos teóricos y metodológicos adquiridos durante la licenciatura, no solo para comprender la dinámica administrativa y política que influye en la atención de la salud mental, sino también para diseñar propuestas basadas en evidencia que respondan a una problemática social concreta.

## **1. Marco Teórico/Conceptual**

La salud mental es un componente integral del bienestar de los individuos y las comunidades. En este primer capítulo se explorará su concepto desde múltiples perspectivas teóricas y conceptuales, comenzando por definir qué se entiende por salud mental para luego realizar un abordaje holístico que incorpore dimensiones biológicas, mentales y sociales. De la mano de lo anterior, se incluirán ideas para comprender que la salud mental no es solo un componente esencial del bienestar personal, sino también un derecho humano fundamental. En esta línea, se examina cómo la garantía de un estado de salud mental óptimo se convierte en un imperativo ético y legal, que demanda la protección y promoción por parte del Estado y la sociedad en conjunto.

Este capítulo, entonces, propone desentrañar la naturaleza holística de la salud mental como un derecho humano, explorando sus interconexiones con la dinámica sociopolítica y sus impactos en la juventud, con el objetivo último de arrojar luz sobre los desafíos y las oportunidades para la promoción de un bienestar mental genuino y equitativo.

Antes de comenzar a definir la salud mental, es muy importante definir lo que se entenderá por “joven”, ya que toda esta investigación hará mención de este grupo demográfico. Pese a que existen distintos rangos de edad, como el establecido por la Organización de las Naciones Unidas, que contempla la edad desde los 12 hasta los 24 años como la etapa de la juventud, el rango aceptado para los propósitos de la presente investigación es el del Instituto Mexicano de la Juventud (2017), que considera jóvenes a las personas de entre 12 a 29 años.

### **1.1 Definición de Salud Mental**

Un aspecto importante que considerar para futuras referencias en este trabajo, es entender a qué nos referimos al hablar de “Salud Mental”. La finalidad de este subcapítulo es servir como guía para explorar su significado, sus dimensiones y sus implicaciones en la vida individual y colectiva.

La salud mental es un concepto amplio que engloba el bienestar emocional, psicológico y social de un individuo, como se abordará más adelante, algunos conceptos de este tipo de salud contemplan aspectos tales como el sentirse bien, tener una actitud positiva frente a la vida, aceptarse a uno mismo, manejar el estrés de forma adecuada y relacionarse bien con los demás, como indicadores de que una persona está sana.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), la salud mental se define como “un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”, esto refiriéndose a que más allá de la ausencia de discapacidades o trastornos mentales, una persona que goce plenamente de este tipo de salud debería de tener la capacidad de desarrollarse de manera individual, colectiva y en términos socioeconómicos.

Esto abarca todos los aspectos de la salud, no solo lo físico sino también la mente y las relaciones sociales, lo que se traduce en el reconocimiento de que la salud no se trata solo de estar bien físicamente, sino también de cómo te sientes mental y emocionalmente. Bertolote (2008), señala que las definiciones brindadas por la OMS de lo “mental” se refiere a un estado y no necesariamente a una disciplina específica, por lo que no encuentra sentido en hablar separadamente de salud física, mental o social, porque a su consideración todos estos aspectos están relacionados y contribuyen al mismo objetivo (sentirse bien en general), por lo que propone que ante la necesidad de dividirla por disciplinas, es mejor “especificar una dimensión en particular; sería más apropiado utilizar el término bienestar y no salud” (Bertolote, 2008, p. 114).

Junto a esta definición, también destaca la del Instituto Mexicano del Seguro Social (2019) que señala la existencia de un estado armónico que, en teoría, debería ser compartido 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”, esto plantea que el bienestar mental está intrínsecamente ligado a las condiciones en las que vivimos (económica



y socialmente hablando), e insta a considerar el impacto del entorno para obtener una comprensión más completa de la salud mental. Sin embargo, es notable también que algunas de las recomendaciones para mantener una buena salud mental emitidas por el IMSS tienden a simplificar el panorama, dejando de lado aspectos significativos de la experiencia psicológica y emocional de las personas; el dormir bien, hacer ejercicio, evitar fumar, realizar actividades sociales y mantener buenos hábitos alimenticios (algunas de las sugerencias de este instituto) si pueden ser prácticas beneficiosas, pero no constituyen una solución completa ni precisa para todos los aspectos que se deben abordar al hablar de este tipo de salud.

Un aspecto cuestionable de estas recomendaciones podría ser la visión excesivamente individualista que tienen, ya que se enfocan en el funcionamiento mental del individuo y sus habilidades, lo que resulta incongruente con la definición que aporta el instituto previamente, ya que no consideran que la salud mental también depende de estructuras políticas, dinámicas sociales y condiciones materiales que le preceden y conforman.

## **1.2 Conceptualización de la Salud Mental Desde una Perspectiva Holística y de Derechos Humanos**

Es importante reconocer que estas definiciones reflejan una comprensión general de la salud mental, pero son inherentemente vagas y no capturan la complejidad completa de este campo. Es necesario entonces contar con una perspectiva holística que enfatice la importancia de los determinantes sociales, culturales y de derechos humanos que influyen en el bienestar psicológico de las personas. Este subcapítulo pretende brindar una conceptualización de la salud mental desde esta perspectiva integradora, que reconoce la interconexión entre la mente, el cuerpo, la comunidad y los derechos fundamentales de cada individuo. Además, al considerar la salud mental como un derecho humano fundamental, se profundizará en los principios éticos y legales que deben guiar las políticas y prácticas en este campo.

Cuando abordamos el tema de la salud mental, es inevitable adentrarnos en el ámbito de las enfermedades mentales, ya que a lo largo de la historia se ha buscado entender y controlar los comportamientos considerados anormales, y estos

esfuerzos han estado influenciados por las teorías y modelos de conducta predominantes en cada época. Estos paradigmas han surgido con el fin de explicar por qué alguien se comporta de una manera particular; Mebarak (2009) explica que incluso si se retrocede hasta la Grecia clásica, se encuentra que en ese entonces la mente era conceptualizada como el alma y se creía que estaba separada del cuerpo, y si bien algunos pensadores de la época reconocían la posible influencia mutua entre la mente y el cuerpo, la tendencia entonces era buscar las causas de la conducta anormal solo en uno de los dos, sin tener en cuenta cómo interactúan entre sí.

Barlow y Durand (2018), consideran que esto dio pie al nacimiento de tres distintas corrientes de pensamiento: la tradición sobrenatural, la biológica y la psicológica (p. 6), siendo las dos primeras las más simples de explicar.

Para explicar la “tradición sobrenatural” basta con recordar que a lo largo de las diferentes culturas que han visto la luz, la gente siempre ha creído que hay cosas fuera de nuestro cuerpo y entorno que afectan el cómo actuamos, pensamos y sentimos, tal es el caso de las religiones, donde se considera la existencia de dioses o demonios. Por su parte la “tradición biológica”, en lugar de culpar a fuerzas externas, se enfoca en problemas físicos o, como lo dice su propio nombre, problemas biológicos dentro de nuestro organismo y los señala como los culpables de los trastornos.

Algunos autores consideran que esta segunda tradición se remonta hasta los tiempos de Hipócrates, cuyos postulados sentaron las bases de una concepción más científica y sistemática de los trastornos mentales, distanciándose de las creencias místicas y supersticiosas de su época. Él destacaba el papel fundamental del cerebro y planteaba una noción revolucionaria en su tiempo: que los trastornos psicológicos podían ser tratados con el mismo rigor científico que cualquier otra enfermedad.

Hipócrates consideraba que el cerebro era la sede de la voluntad, la conciencia, la inteligencia y las emociones. Creía que los trastornos psicológicos podrían tratarse como cualquier otra enfermedad, ya que

consideraba que podían tener por causa alguna patología o traumatismo cerebral y verse influido por la herencia (Mebarak, 2009, p. 86).

Mebarak (2009) explora el concepto de la “tradición psicológica”, donde atribuye la conducta anormal a un desarrollo psicológico deficiente, así como al contexto social en el que se encuentra el individuo (p. 86). Esta tradición es la que más compete al tema de la presente investigación, ya que se centra en entender los trastornos mentales ligándolos al funcionamiento de la mente y el desarrollo psicológico de los individuos, pero también considera que la conducta anormal puede ser el resultado de procesos psicológicos disfuncionales o de un desarrollo psicológico imperfecto, en conjunto experiencias de vida, relaciones interpersonales, procesos cognitivos y el contexto social en el que la persona se desenvuelve.

Estas tres tradiciones de pensamiento tuvieron sus propios tratamientos hacia las personas que padecían enfermedades mentales, algunos de los cuales resultaron ser horribles y devastadores para quienes los experimentaron. Hay que rescatar nuevamente las ideas de Mebarak (2009), que pone como ejemplos de esto a los exorcismos dentro de la tradición sobrenatural, que buscaban justificarse bajo la creencia de que fuerzas sobrenaturales afectaban la mente humana; o la lobotomía dentro de la tradición biológica, un procedimiento quirúrgico desarrollado en la primera mitad del siglo XX como un intento de tratar trastornos mentales severos, esto bajo el argumento de que los problemas mentales podrían ser el resultado de anomalías biológicas en el cerebro. En palabras de Mebarak (2009), “a quienes actualmente se les diagnostica una enfermedad mental, en aquellos tiempos se les trataba como a individuos perversos o se les castigaba por sus pecados” (p. 88).

Volviendo a la conceptualización de salud mental, Enrique Ginsberg (2015), indica que “es difícil o imposible definir que es la salud mental, al punto que existen tantas definiciones al respecto que la convierten en una concepción vaga y poco precisa” (p. 18), lo que principalmente se debe a que es un término que nació en el campo médico y posteriormente pasó a ser estudiado en el campo de las ciencias sociales, mismo donde también se define de diversas maneras. Esto, en conjunto con las distintas corrientes de pensamiento sobre el comportamiento anormal (las tres

tradiciones) proporcionan diferentes enfoques de los cuales se partirá para construir una comprensión más amplia sobre la salud mental: el enfoque biológico, el mental y el social.

### **1.2.1 El Enfoque Biológico**

Como primer punto para construir esta comprensión, es necesario explorar un enfoque fundamental, cuya denominación varía dependiendo del autor, pero que en esencia aborda lo mismo; aunque para los propósitos de la investigación se definió como “enfoque biológico”, también se reconoce la importancia de la terminología aceptada por otros autores.

Este enfoque enfatiza la importancia de entender las enfermedades mentales a través de procesos biológicos y médicos, e históricamente ha sido el dominante dentro de la concepción y abordaje de la salud mental, aun así, es necesario definirlo y evidenciar sus limitaciones para lograr una comprensión de carácter integral. Restrepo, que identifica este enfoque como “biomédico”, considera que el mismo:

es heredero de la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental en la cual la enfermedad es el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación, entendida como un arreglo anatómico-fisiológico mediante una acción directiva y vertical (Restrepo, 2012, p. 203).

Esto, en términos más simples, significa que su objetivo es corregir o reparar las estructuras o funciones corporales que se consideran anormales o enfermas, por tanto, la “curación” que contempla Restrepo sugiere una intervención decidida y enfocada en corregir el problema de manera clara y directa, pero que no considera necesariamente otros aspectos más amplios de la persona o el entorno.

Por su parte, Gómez (2002) señala que dentro de este enfoque (que el nombra como “corriente médico epidemiológica positivista”) la salud se entiende principalmente como la ausencia de enfermedades, concebidas en este caso como

“epifenómenos dañinos, con sentido en sí mismos, cuya naturaleza es mensurable y comprensible con base en las evidencias empíricas de los ensayos controlados y la epidemiología clínica” (p. 7), siguiendo esta línea de pensamiento, podríamos considerar la salud mental como normalidad psicológica, a partir del supuesto de que toda anormalidad debería ser contemplada como patología o como desorden mental.

Desde un punto de vista crítico, resulta preocupante esta visión tan estrecha que nos brinda el enfoque biológico de lo que es la salud mental, en tanto deja fuera las múltiples formas de sufrimiento, comportamientos o estados emocionales que no necesariamente requieren ser catalogados como trastornos o enfermedades. Esta “patologización” conlleva efectos negativos, ya que con frecuencia etiqueta como anormal lo que no es sino una respuesta humana comprensible y esperable frente a contextos de vida adversos. El “deber ser psicológico” que subyace es excesivamente rígido y no da cuenta de las legítimas variaciones del amplio espectro de respuestas y dotaciones humanas.

Guinsberg (2015) también cuenta con su propia visión de esto, a la que nombra “Organicismo” o “Biologicismo”, y en la cual contempla que “[...] similar a lo que ocurre con las enfermedades físicas, las mentales o psíquicas surgen por deficiencias o afecciones en determinados órganos corporales” (p. 31). Esto desafía la percepción tradicional de las enfermedades mentales como puramente trastornos del comportamiento o la cognición, al reconocer la posibilidad de que puedan tener raíces biológicas subyacentes.

En lo relativo a la intervención y abordaje terapéutico, este enfoque ha enfatizado tradicionalmente las formas de tratamiento farmacológico, señalando que el problema se encuentra en lo biológico; pero esto a costa de negar o desestimar la existencia de los problemas psicológicos o sociales. Pese a que existe una base biológica de los fenómenos psicológicos, una aproximación tan reducida resulta claramente insuficiente al no contemplar la multicausalidad de los problemas de salud mental, así como la interrelación entre el plano individual y el contexto sociocultural en que las personas se desenvuelven.

### **1.2.2 El Enfoque Mental**

Otro enfoque desde el cual se puede conceptualizar la salud mental es el “mental”, que pone especial énfasis en examinar de qué manera los hábitos, conductas y modos de pensar de las personas pueden proteger o deteriorar su bienestar.

Guinsberg (2015) lo categoriza como “Psicologismo” y explica que la manera simple de entenderlo es como “lo mismo que el organicismo, pero con sentido diferente: aquí las causas de todo son por factores psíquicos, eliminándose toda responsabilidad orgánica o social” (p. 34), de esto último (la ausencia de lo social como causa de enfermedades mentales) argumenta que esta visión se ocupa más de comprenderlas bajo una perspectiva centrada en las situaciones individuales y, por tanto, busca cambios dentro del propio sujeto.

Aunque con una perspectiva diferente, Restrepo (2012) también habla de este enfoque, lo define como “Comportamental” y lo entiende como el resultado de la conducta y la cognición. Con este enfoque plantea que el comportamiento de las personas es un factor determinante para su salud, además de que asocia la idea de estar sano con hábitos de vida saludables y a la enfermedad con comportamientos inadecuados del individuo. A grandes rasgos, este enfoque analiza dimensionalmente todos aquellos comportamientos que se relacionan con la preservación de la salud, como la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias e incluso las pautas de descanso y sueño, pero también estudia los procesos mentales e interpretativos que pueden incidir sobre dichos comportamientos.

Sin embargo, Restrepo (2012) también añade otras dos maneras de entender lo mental según la concepción que se tome en cuenta dentro de este enfoque, la manera conductual y la cognitiva. La concepción conductual, por ejemplo, afirma que el ambiente es un determinante del comportamiento, sugiriendo que la conducta puede moldearse modificando estímulos ambientales, sin considerar dimensiones mentales internas, mientras que la concepción cognitiva retoma aspectos mentales, específicamente procesos y estructuras cognitivas que determinan pensamientos, sentimientos y conductas.

A diferencia del enfoque biomédico, en el cual la normalidad está definida por la ausencia de trastornos mentales, en el enfoque comportamental (conductual y cognitivo) la normalidad se entiende como la adaptación del comportamiento individual a un conjunto de modelos de comportamiento y de pensamiento que se presentan como universales (Restrepo, 2012, p. 205).

En general, esta visión es problemática ya que no considera la diversidad humana y se centra excesivamente en el individuo sin considerar otros determinantes de salud. También tiene una visión normativa rígida sobre comportamientos y pensamientos “adecuados”, por lo que es necesario integrar sus ideas con perspectivas más amplias sobre la salud.

### **1.2.3 El Enfoque Social**

El último enfoque que destacan algunos autores es el que se puede denominar como “social”, cuya perspectiva integra determinantes sociales, económicos e incluso políticos como factores relacionados a la salud mental.

Restrepo (2012) lo considera como “enfoque socioeconómico” dado a que contempla factores sociales, económicos, políticos e individuales; en sus palabras, la importancia de este enfoque sobre los otros dos mencionados anteriormente es que:

plantea críticas fundamentales a las concepciones “tradicionales” de la salud mental: crítica a la normalización, crítica a la medicalización, crítica al individualismo, crítica al modelo económico capitalista y crítica a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la noción de estilo de vida (Ibid, p. 206).

En este enfoque, se entiende que el progreso económico y social es clave para que la gente goce de salud (mental en este caso) y que, a la vez, cuidar la salud de la gente es fundamental para el desarrollo y para vivir bien. Desde esta perspectiva, la salud mental se comprende como algo que está influenciado por cómo interactúan las personas con las estructuras de la sociedad y con el ambiente en el que viven, como también por la cultura que los rodea, pero a su vez, revela que los problemas

de salud mental a menudo reflejan problemas sociales, por lo que los comportamientos anormales no surgen sólo de la biología individual sino también de contradicciones y normas a nivel sociedad.

De una forma similar, Guinsberg (2015) tiene su propia visión de esto, la cual describe como "Sociologismo" y en la cual añade otras perspectivas a la definición convencional; en sus palabras, "aquí el énfasis está colocado en los aspectos sociales, culturales, políticos, económicos, etcétera, con reducción o negación de los psicológicos y orgánicos" (p. 35). Sin embargo, a diferencia de otras conceptualizaciones, la de Enrique Guinsberg considera que uno de los problemas de este enfoque es que se suelen ignorar los factores individuales de las personas en aras de que todo se lleve al campo de lo social, por lo tanto, "las nociones de "salud" y "enfermedad" mental siempre estarán determinadas por las características imperantes en cada marco social" (Guinsberg, 2015, p. 35).

Por último, vale la pena señalar el abordaje de Rogers (2010) sobre la importancia de las perspectivas sociológicas para el entendimiento de la salud mental, este autor hace especial énfasis en cuatro de ellas, que son: "Causalidad Social", una perspectiva que busca identificar los factores sociales que causan o contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental en los individuos y grupos (por ejemplo, la pobreza, la discriminación, etc.); la "Hermenéutica", cuyo enfoque se centra en interpretar y comprender los significados subjetivos de las experiencias de las personas, por lo que busca entender cómo los individuos experimentan e interpretan su propia realidad mental; el "Constructivismo social", que sostiene que los fenómenos de salud o enfermedad no son más que construcciones sociales que reflejan las normas, valores y creencias predominantes en una sociedad; y el "Realismo social", que parte de la base de que los fenómenos y problemas de salud mental tienen una realidad objetiva. Esta última perspectiva es la más difícil de explicar, pero de ella destaca lo siguiente:

la realidad social externa incide en la acción humana y da forma a la conciencia humana [...] aunque la sociedad existe antes e



independientemente de la vida de las personas, ellos se convierten en agentes que reproducen o transforman esa sociedad (Rogers, 2010, p. 13).

En general, el “Realismo Social” que aborda Rogers es el que más se acopla al enfoque social, esto debido a que señala la influencia bidireccional que existe entre la realidad social y la acción humana, ya que la realidad social externa, que incluye las estructuras sociales, las normas culturales y las instituciones, influye en cómo las personas perciben y se relacionan con el mundo que las rodea. A su vez, esta realidad social también moldea la conciencia individual y colectiva, es decir, influye en cómo las personas piensan, sienten y actúan en sociedad, pero además afirma que son las personas quienes contribuyen a mantener o cambiar esa sociedad, lo que implica que los individuos no son simplemente productos pasivos de la sociedad, sino que también son agentes activos que participan en la reproducción o transformación de las estructuras y dinámicas sociales.

#### ***1.2.4 La Salud Mental Como Derecho Humano***

Como ya se ha abordado previamente en esta investigación, la salud mental es un componente integral e indispensable para el bienestar humano, sin embargo, durante mucho tiempo ha sido descuidada en comparación con la salud física.

Como lo menciona la OMS, la salud mental no se limita simplemente a la ausencia de trastornos mentales, sino que abarca un estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que una persona puede realizar su potencial, hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad, por lo que debe ser considerada como un factor crítico para una vida plena y significativa.

No obstante, a pesar de su importancia, ha sido pasada por alto en muchos sistemas de salud y en la formulación de políticas públicas. Como se intentó explicar en este capítulo, esto se debe en parte a la falta de comprensión sobre la naturaleza de los trastornos mentales, lo que a su vez crea una cultura de exclusión social hacia las personas que se ven afectadas por ellos, obstaculizando el acceso a servicios de atención adecuados y perpetuando un ciclo de marginación. Además,

como se abordará en el segundo capítulo, los recursos destinados a la salud mental suelen ser insuficientes en comparación con otras áreas de la atención médica, esta mala gestión de los recursos conduce a una falta de servicios de calidad y acceso desigual a la atención.

El reconocimiento de la salud mental como un derecho humano fundamental es esencial para abordar estos desafíos y garantizar el bienestar de todos los individuos, ya que los derechos humanos son inalienables, universales e inherentes a todas las personas, independientemente de su origen, estatus socioeconómico o condición de salud.

Intentando no ahondar demasiado en el marco normativo, ya que se abordará más adelante, es importante señalar que el derecho a la salud mental se deriva de varios instrumentos legales internacionales, incluida la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Aunado a esto, el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud, lo cual se detalla de manera más extensa en la Ley General de Salud, donde la protección de la salud se describe como uno de los objetivos más importantes del Estado, dado que es considerado como un derecho fundamental, esto se puede ver reflejado en el artículo 72 de la LGS, que establece lo siguiente:

La salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. El Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y de las adicciones a las personas en el territorio nacional (Secretaría de Salud, 2022, p. 29).

El hecho de que la protección de la salud esté contemplada como un derecho fundamental en la Constitución y en la Ley General de Salud, implica que no es una mera aspiración o beneficio opcional, sino una obligación legal y moral del Estado

hacia sus ciudadanos, en otras palabras, el gobierno está obligado a garantizar condiciones adecuadas para que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad, sin discriminación y de manera equitativa. En este sentido, este marco legal obliga a los gobiernos a destinar los recursos necesarios para desarrollar servicios, políticas y recursos de salud, incluida la mental, que sean accesibles para todos, esto incluiría desde programas de prevención y promoción, hasta tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos mentales.

### **1.3 Impacto de los Problemas de Salud Mental en la Calidad de Vida y el Desarrollo Integral de los Jóvenes**

Para este punto, es más que evidente que los problemas de salud mental tienen un impacto significativo en la calidad de vida y el desarrollo integral de los jóvenes (y cualquier otro grupo etario, aunque no sean abordados aquí). Según la UNICEF (2019), alrededor de 20% de los jóvenes en el mundo experimentan algún problema de salud mental, siendo la ansiedad y la depresión los más comunes.

Uno de los principales efectos es en su desempeño académico y desarrollo educativo. Trastornos tales como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la ansiedad y la depresión, dificultan la capacidad de aprendizaje, concentración y rendimiento de los estudiantes. Esto se traduce en peores calificaciones, mayor deserción escolar e incluso fracaso académico. Asimismo, el acoso escolar es un factor determinante en el desarrollo de problemas emocionales y conductuales desde temprana edad.

Para expresar mejor este tipo de efectos, el artículo “Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios”, a cargo de Ornelas (2017), propone analizar la relación entre los problemas de salud mental y la calidad de vida que pueden llegar a tener diferentes grupos de edades que sufren de ellos. Dentro de sus resultados se puede encontrar que la adolescencia (uno de los grupos poblacionales que competen a la presente investigación) representa una etapa de profundos cambios y transformaciones a nivel físico, mental, emocional y social, pero dentro de este proceso, muchos jóvenes experimentan sentimientos transitorios de tristeza, ansiedad e incomodidad que afectan su bienestar psicológico. Según su estudio,

estos síntomas depresivos tienen un impacto negativo en la capacidad de los adolescentes para entablar relaciones sociales saludables y satisfactorias con sus pares, parejas y familiares.

Esta incapacidad para conectar de forma efectiva con su entorno social también repercute en una percepción más pobre de su propia calidad de vida, pues es probable que la sensibilidad extrema al rechazo y el miedo al fracaso social que genera la depresión obstaculice su desarrollo de habilidades interpersonales en esta etapa fundamental de su vida.

Por otro lado, este mismo estudio realizado por Ornelas (2017), también contempla al otro grupo poblacional de interés en este trabajo: los “adultos jóvenes” (aunque los nombra “adultos tempranos”). En ellos, los síntomas depresivos, las obsesiones, los pensamientos paranoides y la falta de control sobre su conducta se asocian fuertemente a una salud física y psicológica deteriorada, en sus palabras:

Estos datos nos sugieren que el estado de ánimo, las preocupaciones, y pensamientos y conductas repetitivos, sentimientos de falta de control o distorsión de pensamientos, son aspectos que se relacionan con el malestar físico y psicológico; así como con la calidad de vida en general (Ornelas, 2017, p. 11).

Con esto destaca que las intervenciones tempranas que aborden estos síntomas emergentes de problemas de salud mental podrían evitar que se cronifiquen y afecten tan gravemente el bienestar y el estilo de vida tanto de adolescentes como adultos jóvenes.

González (2006) añade a esto la idea de que los problemas de salud mental en los jóvenes constituyen un fenómeno multifacético de gran relevancia social, y entre las problemáticas más preocupantes y en aumento se encuentran los trastornos alimentarios, la violencia escolar, el suicidio adolescente, la depresión y el aislamiento social, así como los riesgos asociados al mal uso del internet.

Los trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia reflejan la influencia de determinantes socioculturales como los ideales distorsionados de imagen corporal,

el estatus socioeconómico y los roles de género impuestos culturalmente, el problema además es que son cada vez más frecuentes entre la población joven y tienen graves consecuencias físicas y emocionales que alteran su bienestar integral. Las distorsiones de imagen corporal y búsqueda obsesiva por la delgadez derivan en hábitos nocivos que deterioran su salud de forma permanente e impiden un desarrollo físico normal.

Asimismo, comprender los factores psicosociales tras comportamientos autodestructivos como la violencia escolar, las autolesiones en adolescentes y el suicidio es indispensable para prevenir estas tragedias, teniendo en cuenta su vínculo con problemáticas como la depresión, ansiedad social y el acoso escolar.

Es necesario mencionar que en México se han registrado desde el 2020 hasta el 2022 (última actualización del INEGI) un total de 6,824 suicidios entre la población de 10 a 24 años. Sin embargo, esto puede ser un tanto irrelevante si seguimos la línea de pensamiento de González (2006), quien considera que “si bien suelen presentarse las tasas de suicidio como un indicador de salud mental, lo cierto es que constituyen más bien un indicador indirecto de salud mental” (p. 29), esto, en otras palabras, significa que aunque los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de suicidio, existen una serie de factores interrelacionados que pueden influir en la decisión de una persona de quitarse la vida, por lo que es importante entender que el suicidio es un fenómeno complejo y multifacético que no puede reducirse únicamente a problemas de salud mental.

Por su parte, el aislamiento social extremo y la desconexión de las interacciones cara a cara por el uso problemático de internet exacerban cuadros depresivos e impiden el desarrollo psicosocial integral de niños, adolescentes y adultos jóvenes. Síntomas como los cambios de humor, irritabilidad, inseguridades y baja autoestima promueven el aislamiento social, la discriminación por parte de pares e impiden establecer vínculos de amistad o pareja de forma sana. Adicionalmente, aquellos jóvenes con trastornos de conducta suelen tener problemas para seguir normas, relacionarse de forma respetuosa y manejar la frustración.

## **1.4 Salud Mental Desde una Perspectiva Sociopolítica**

La salud mental es un tema que ha cobrado cada vez más importancia en las agendas políticas y sociales en las últimas décadas, y es que la salud mental de una población tiene profundas implicaciones tanto a nivel individual como colectivo. Por un lado, problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios o el abuso de sustancias tienen un impacto muy negativo en la calidad de vida de quienes los padecen. Pero más allá de eso, también afectan a las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Desde una perspectiva sociopolítica, la salud mental también tiene que ver con cuestiones económicas. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2022) estima que la depresión y la ansiedad tienen un costo global de 1 billón de dólares al año en pérdida de productividad. Es decir, los problemas de salud mental de la población afectan directamente al desarrollo y crecimiento económico de los países. Aunado a esto, los trastornos mentales suponen una gran carga para los sistemas de salud y protección social.

Otra dimensión sociopolítica importante es la relación entre salud mental y desigualdad social. Existe evidencia de que problemas como la depresión, ansiedad, adicciones y suicidios afectan en mayor medida a los sectores más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad. Las condiciones de vida precarias, la falta de oportunidades, la marginación, las situaciones de violencia estructural, etc. tienen un impacto muy negativo sobre la salud mental. Por tanto, las políticas y medidas orientadas a reducir las desigualdades y empoderar a los colectivos más vulnerables pueden tener también un efecto positivo en términos de bienestar psíquico y emocional de las personas.

Un hecho interesante que señala Gonzalo Hiriart (2018) es que en el ámbito sanitario se asocia con frecuencia la salud mental con conceptos como “ciudadanía”, “derechos humanos”, “democracia” o “exclusión social”. Este fenómeno, según él, tiene sus orígenes en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando el interés por la salud mental emergió en el contexto de la necesidad de establecer políticas y prácticas sociales que promovieran la

estabilidad y la paz en las sociedades afectadas por el conflicto. En este sentido, Hiriart sugiere que la promoción y protección de la salud mental no solo tiene implicaciones individuales, sino que también es esencial para el bienestar colectivo y la cohesión social.

Que el concepto mismo de salud mental sea político más que técnico o científico, es algo que recogen sin drama aquellos movimientos críticos que nacen como alternativa a la psiquiatría asilar, ya sea para desautorizar la noción de salud mental, o para hacer uso de ella, como pivote para desmedicalizar el abordaje de los problemas mentales, y subrayar su vínculo con las condiciones sociales, económicas y culturales (Hiriart, 2018, p. 91).

Este reconocimiento de que la salud mental es inherentemente política abre un espacio para la reflexión sobre las estructuras de poder que influyen en la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales. Lo que propone Hiriart es cuestionar la hegemonía de la psiquiatría tradicional e intentar explorar enfoques alternativos que no solo consideren los aspectos clínicos, sino que también reconozcan la interconexión entre los problemas mentales y las condiciones sociales, económicas y culturales, lo que, en teoría, serviría para replantear el papel que tiene la sociedad en la promoción de la salud mental y en la creación de entornos que favorezcan el bienestar psicológico.

Por último, cabe mencionar el vínculo que existe entre salud mental y los contextos sociopolíticos autoritarios y represivos. Guinsberg (2015), por ejemplo, menciona que la salud mental puede ser utilizada como medio de control social y menciona que, a lo largo de la historia, diversas corrientes de pensamiento han moldeado nuestra percepción de la salud mental, a menudo legitimadas por las estructuras de poder como la religión.

Es conocido que toda sociedad requiere del control social para su mantenimiento y reproducción, para lo cual utiliza todas las instituciones que dispone y herramientas como la publicidad y propaganda, difiriendo en todo caso en torno a la tolerancia de aceptación de las diferencias, grado de libertades permitidas, etc. (Guinsberg, 2015, p. 37).

Con esta idea de tolerancia, Ginsberg se refiere a que la salud mental como medio de control se ve reflejada en los comportamientos “normales” que deben predominar en la sociedad, por lo que lo “anormal” o “loco” (usualmente causado por trastornos), suele ser rechazado. Muchos comportamientos han sido rechazados a lo largo de la historia por ser diferentes, como la homosexualidad, la libertad sexual y las formas alternas de pensamiento, en muchos casos, estas conductas fueron patologizadas, clasificando como "enfermos" a aquellos que se encontraban en ese espectro.

Para cerrar el capítulo, es oportuno rescatar que el bienestar mental de la sociedad va mucho más allá del plano clínico o psiquiátrico ya que las dimensiones sociales, económicas y políticas juegan un rol central, como se pudo apreciar al abordar tres enfoques diferentes de la salud mental. Debido a esto, las políticas en esta materia requieren un abordaje integral que incluya reformas estructurales para reducir desigualdades, empoderar a grupos vulnerables, garantizar condiciones de vida dignas para toda la población e impulsar sociedades democráticas, justas y pacíficas donde se respeten los derechos humanos. El bienestar mental individual y el bienestar colectivo están profundamente interconectados. Cualquier estrategia orientada a mejorar la salud mental de la población debe tener en cuenta esta compleja interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos.

Entonces, el bienestar mental, lejos de ser solo un asunto médico o individual, es tanto un medidor del grado de desarrollo humano, como un motor para avanzar en materia de igualdad, justicia social y sostenibilidad.

Un enfoque progresista sobre la salud mental debe partir del reconocimiento de su naturaleza multifacética e interdependiente con las estructuras sociales. Esto supone adoptar una visión integradora, sensible a la diversidad, y comprometida con el empoderamiento de los grupos más vulnerables. Las políticas en este ámbito no pueden limitarse al campo médico o asistencial, deben orientarse a combatir las causas estructurales que perpetúan las desigualdades, la exclusión y la alienación psíquica de amplios sectores de la población.



## **2. Marco Histórico/Contextual**

La Ciudad de México es una de las entidades federativas que enfrenta una problemática de notoria relevancia vinculada al acceso limitado de los jóvenes a servicios de salud mental. Este fenómeno, que sugiere posibles carencias en las políticas sociales destinadas a atender las necesidades específicas de esta población, plantea un desafío importante: la falta de transparencia en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad y eficacia de estos servicios, lo que puede generar incertidumbre sobre cómo las políticas actuales están abordando este fenómeno.

La creciente urbanización, la diversidad de comunidades, y las dinámicas sociales traen consigo desafíos importantes que impactan de manera directa en la salud mental de los jóvenes, estos desafíos, extrapolados a los servicios de salud mental, repercuten tanto en el personal de salud como en los usuarios de los servicios. En esta problemática destaca la insuficiencia de recursos, la carencia de políticas públicas específicas en materia de salud mental para jóvenes y las limitaciones del modelo de atención vigente.

A través de este segundo capítulo, se propone contextualizar las circunstancias específicas que podrían influir en la búsqueda y utilización de servicios de salud mental por parte de esta población.

### **2.1 Historia de las Instituciones de Salud Mental en México**

En un momento en que la conciencia sobre la salud mental está en constante aumento, es esencial examinar críticamente las acciones y políticas implementadas hasta ahora en México. Para explorar esta serie de iniciativas y avances, este subcapítulo pretende ofrecer una visión detallada de los progresos realizados, destacando tanto los logros como las áreas que aún necesitan atención, esto con la finalidad de comprender el estado actual, pero también de analizar desde una perspectiva crítica cómo ha evolucionado la atención a la salud mental.

El año 1566 marca un hito significativo en la historia de la atención médica en México con la fundación del Hospital San Hipólito por Fray Bernardino Álvarez. Este evento histórico no solo representa el establecimiento de una institución sanitaria,

sino también el primer punto de partida en el desarrollo de la atención a la salud en el territorio.

Los fundadores de este primer instituto fueron los hermanos de la Caridad de San Hipólito, cuyos esfuerzos culminaron en la creación y establecimiento de su hospital en la Ciudad de México, este proyecto no se limitó únicamente a ofrecer servicios médicos, sino que abarcó una visión más amplia, incluyendo alojamiento, alimentación y el cuidado integral de la salud emocional. Vale la pena señalar que el hospital inició sus operaciones incluso antes de obtener todas las autorizaciones formales requeridas por las autoridades reales; Tovar (1843) rescata algunos de los requerimientos decretados por el Papa Julio II durante 1508, encontrando lo siguiente:

[...] no se pueda erigir en las Indias Iglesia alguna metropolitana, catedral, colegial, abacial, parroquial, votiva, monasterio, convento, hospital, hospicio, ni otro lugar pio y religioso sin preceder el permiso de los Reyes de Castilla y León (Tovar, 1843, p. 261).

Como lo explica García (2017) en su escrito “La fundación del Hospital de la Caridad de San Hipólito en la Ciudad de México, 1566-1572”, este hospital se concibió como un establecimiento en que se practicaría la hospitalidad, alojando a personas que viajaban desde otras ciudades con finalidades religiosas, a quienes no podían asistir a otros hospitales (que se veían en la necesidad de hospedarse esperando su recuperación física) y, por supuesto, a los “locos”.

A pesar de las limitaciones impuestas por las autoridades reales y a que posiblemente no se pudieron proporcionar servicios terapéuticos completos a quienes padecían trastornos mentales, el Hospital San Hipólito fue crucial en la historia de la atención a la salud mental en México, pues no solo representó un esfuerzo pionero para abordar las necesidades de la comunidad, sino que también simbolizó el reconocimiento temprano de la importancia de la salud mental. En palabras de García (2017), podemos encontrar el por qué la creación de este hospital es considerada una contribución significativa al entendimiento (aunque no necesariamente al tratamiento) de estos pacientes:

[...] las condiciones sociales de la ciudad fueron perfilando al Hospital de San Hipólito como el sitio al cual se llevaron preferentemente a los locos, no para su cura, sino para su atención y práctica de caridad hacia ellos, al grado que el hospital mereció la designación popular de “Hospital de los inocentes” (García, 2017, p. 53).

Otro suceso adicional en la evolución de la atención a la salud mental en México llegó durante el Porfiriato, con la creación del Manicomio General de La Castañeda en 1910. Rodríguez (1986) afirma que este acontecimiento coincidió con la visión del entonces presidente Porfirio Díaz, que pretendía introducir elementos europeos en la cultura mexicana. Este avance, pese a que marcó un nuevo capítulo en la historia de la salud mental en el país, ya que evidenciaba la influencia de corrientes internacionales, no necesariamente trajo consigo mejores tratos a los pacientes o el reconocimiento de la importancia de la atención especializada para quienes enfrentaban trastornos mentales.

Si bien la Castañeda coincidía con las corrientes arquitectónicas predominantes de su tiempo, es necesario señalar que en ese período escaseaban los conocimientos y recursos terapéuticos eficaces. No obstante, Narváez (2002) aclara que esto no significaba que la calidad de la atención brindada se quedara atrás en comparación con la ofrecida en otros países y que más bien hay que contemplar que para ese entonces no se contaba con otras alternativas disponibles, lo que refleja las limitaciones inherentes de la época en términos de opciones de tratamiento.

Al igual que el Hospital San Hipólito, la Castañeda estaba destinada a una población varia, pero lejos de tener principios nobles, su población atendida reflejaba los prejuicios y estigmatizaciones sociales existentes en aquella época, algunos de los cuáles prevalecen hasta el día de hoy. Esta forma de discriminación exacerbaba la marginalización de ciertos grupos y contribuía a una atención médica sesgada; para entender el tipo de pacientes referidos aquí, Becerra (2014) explica que:

El moderno hospital estuvo poblado de niños, adolescentes, delincuentes, ancianos, alcohólicos, drogadictos, prostitutas, enfermos con patologías

venéreas y homosexuales; recordemos que en aquella época el homosexual era considerado un enfermo psiquiátrico (p. 240).

Como se mencionó anteriormente, la creación de este manicomio no se tradujo en una mejora de las condiciones del trato dado hacia aquellos bajo cuidado; estas condiciones precarias que experimentaban los pacientes en la Castañeda llevaron al Gobierno de Díaz Ordaz a tomar la decisión de clausurar el hospital. Aunque esta medida podría interpretarse como una respuesta necesaria ante la situación crítica en la que se encontraba la institución, también revela una negligencia previa y una falta de compromiso con el bienestar de los pacientes. Es lamentable que a lo largo de este período la atención y calidad de los servicios no experimentara mejoras significativas.

Otros aportes que contribuyeron a la evolución de la salud mental en México en años posteriores fueron, por ejemplo, la inauguración del Psiquiátrico de Enfermedades Mentales en la Ciudad de México en 1938, que podría considerarse un paso crucial dentro de la creación de instituciones más especializadas para tratar trastornos mentales. Posteriormente, en 1940, el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México se convirtió en pionero dentro de la investigación de la psiquiatría biológica.

Para contextualizar esto último, es necesario señalar que, debido a la Guerra Civil Española, en México hubo una gran afluencia de exiliados, entre los cuales se encontraron destacados neurólogos y psiquiatras que continuaron ampliando y enriqueciendo su carrera profesional dentro de nuestra nación. En palabras de Ramón de la Fuente (2014) en su texto “La enseñanza de la Psiquiatría en México”, uno de los más destacados fue el neuropatólogo Dionisio Nieto, que “desarrolló buena parte de sus trabajos en el hoy Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM. Sobresalió en el campo de la psiquiatría biológica y también trabajó en el área clínica en el manicomio de La Castañeda” (p. 524).

Para el año de 1946, se creó la primera Unidad de Psiquiatría en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), marcando la inclusión de la psiquiatría en el sistema de seguridad social, lo cual implicó que un segmento más amplio de la

sociedad, incluyendo a aquellos con recursos limitados, pudiera beneficiarse de servicios de salud mental. Este hecho democratizó el acceso a la atención psiquiátrica al hacerla más accesible y disponible para la sociedad, promoviendo así la equidad en el cuidado de la salud mental.

Nueve años después, en 1949 inició sus funciones la Clínica San Rafael, una institución médica que pudo construirse dado a que los ejidatarios de Santa Úrsula otorgaron un espacio destinado al beneficio colectivo de la población. Su enfoque se centraba en instalaciones más personalizadas, ofreciendo habitaciones individuales para los internados y sugiriendo una consideración más detallada de los factores ambientales en el tratamiento de enfermedades mentales.

La década de 1950 marcó un cambio significativo cuando, en 1952, la Universidad Nacional Autónoma de México comenzó a impartir oficial e independientemente la carrera de Psiquiatría, separándola de la neurología y destacando su importancia como disciplina autónoma. Esta autonomización, además de resaltar la importancia de la psiquiatría como una disciplina independiente, reconoció la complejidad de los trastornos mentales, así como la necesidad de un enfoque especializado para entenderlos y contribuyó a establecer una base académica sólida para la formación de profesionales en el campo de la psiquiatría.

En 1955 llegó otro avance crucial con la introducción de tratamientos farmacológicos en diversas instituciones de salud mental, esta inclusión de medicamentos especializados demostró tener un impacto positivo y significativo para quienes padecían de trastornos psiquiátricos o psicológicos, posibilitando y mejorando las posibilidades de reintegrarlos a la sociedad.

En esa misma década, se desarrollaron los primeros tratamientos farmacológicos con fenotiazinas e inhibidores de la monoaminoxidasa, mucho más eficaces para las principales patologías mentales: la esquizofrenia, la depresión, los trastornos de ansiedad, entre otros. La psicofarmacología cambió radicalmente el pronóstico de muchos enfermos (de la Fuente, 2014, p. 524).

En años posteriores (de 1960 a 1970) se continuó con el compromiso de impulsar la infraestructura en salud mental a nivel nacional. Evidentemente había una visión de Estado y una comprensión de que se trataba de un problema de salud pública que merecía atención prioritaria, lo que culminó en la creación de once hospitales psiquiátricos distribuidos en todo el país, de los cuales nueve eran un esfuerzo por sustituir el manicomio general, que ya estaba obsoleto y enfrentaba problemas de sobrepoblación.

Con esta serie de hospitales se buscaba llevar los servicios a regiones que históricamente habían estado desatendidas, lo que habla de un enfoque incluyente pensando sobre todo en los grupos más vulnerables. No obstante, como lo explica Ramón de la Fuente (2014) “las nuevas instalaciones representaron un avance que, sin embargo, no logró consolidarse por falta de recursos técnicos y económicos” (p. 524). Esto implica que, pese a que existía la voluntad de hacerlo, no se llegó a profesionalizar la atención, ya que los hospitales psiquiátricos necesitaban contar con personal especializado, diagnósticos y tratamientos adecuados, pero la situación precaria lo imposibilitó, por lo que este modelo hospitalario resultó insuficiente con el tiempo. Aunque hoy se busca más un enfoque comunitario, ambulatorio, con énfasis en la prevención y en eliminar el estigma asociado a los padecimientos mentales, se tiene que señalar que aquel impulso sentó las bases y dejó aprendizajes que pueden seguir guiando el desarrollo de políticas públicas integrales e incluyentes en materia de salud mental.

En 1970, Ramón de la Fuente Muñiz, cuya contribución a la psiquiatría moderna en México es señalada como una de las más importantes según varios autores, instauró el primer servicio de psiquiatría de acceso abierto en el Hospital Español de México, este servicio no solo fue un innovador, sino que “sigue vigente y se mantiene como uno de los principales centros de adiestramiento en psiquiatría dentro del contexto de la medicina hospitalaria” (Ibid, p. 525). Que esta institución perdure hasta ahora habla del acierto que tuvo esa visión de Muñiz de impulsar la psiquiatría hacia un modelo menos asilar y más integrado a la medicina convencional.

Becerra (2014) identifica el año de 1984 como un parteaguas de la atención a la salud mental en México con la promulgación de la Ley General de Salud. Si bien ya se mencionaron los esfuerzos e instituciones previas enfocadas al cuidado de los padecimientos mentales, fue hasta que esta legislación estableció un marco normativo al respecto que puede decirse que el tema tomó relevancia formal en las políticas de salud pública.

La Ley General de Salud dedicó por primera vez en el país todo un capítulo específico a regular lo relativo a la salud mental, lo que obligó al Estado a garantizar acciones encaminadas al fomento de dicha salud, prevención, evaluación diagnóstica, tratamientos, rehabilitación psicosocial y vigilancia epidemiológica en esta materia.

Algunos años después, en el 2011, se dio una reforma importante a esta misma ley, que estableció la obligación de contar con distintos comités dentro de los establecimientos de atención médica del sector público y privado, los cuales son: el Comité de Bioética, el Comité de Ética en Investigación, el Comité de Investigación y el Comité de Bioseguridad.

La inclusión de la obligatoriedad de contar con estos comités en los establecimientos de atención médica permitió anteponer los derechos, la dignidad y el bienestar de los pacientes sobre cualquier otro interés, así como promover la transparencia y la rendición de cuentas sobre los tratamientos y estudios que se realizan en instituciones médicas, garantizando que se anteponga la integridad de los pacientes sobre los intereses particulares de las instituciones de salud o de grupos de investigadores o médicos.

Dentro de los artículos concretos de esta reforma publicada por la Secretaría de Salud (2011) en el Diario Oficial de la Federación, se encuentra lo siguiente:

Artículo 41 *Bis*. Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su

grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:

I. Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento, y

II. En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones (Secretaría de Salud, 2011, pp. 20-21).

Por su parte, el artículo 98, también modificado en el 2011, incluye la importancia de contar con los Comités de Investigación, Ética y Bioseguridad para dar certeza de que los estudios científicos se llevarán a cabo bajo protocolos que minimizan riesgos y siguiendo todas las regulaciones en materia de seguridad para las personas y el medio ambiente, como se puede apreciar a continuación:

Artículo 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán:

I. Un Comité de Investigación;

II. En el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación, que cumpla con lo establecido en el artículo 41 Bis de la presente Ley, y



III. Un Comité de Bioseguridad, encargado de determinar y normar al interior del establecimiento el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en las disposiciones jurídicas aplicables (Secretaría de Salud, 2011, p. 60).

En 2013 se publicó el Programa de Acción Específico de Salud Mental a nivel federal, que por primera vez establecía una hoja de ruta sobre cómo abordar la problemática desde el sector salud. El programa proponía líneas de acción en varias áreas: promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y adicciones, tratamiento oportuno, rehabilitación psicosocial e integración comunitaria. Dicho Programa se formuló tomando como referencia el “Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”, cuyo antecedente era la “Reforma Psiquiátrica” realizada años antes en España, Italia y México, misma que se basaba en tres principios:

1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental, así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización;
2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente;
3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad (Secretaría de Salud, 2013, p. 15).

Más allá de la creación de leyes y lineamientos, este programa buscaba una transformación en la atención a los pacientes, por lo que su objetivo era erradicar en la medida de lo posible las hospitalizaciones innecesarias y prolongadas (a lo que se conoce como el modelo asilar), así como evitar reingresos reiterativos que obstaculizaban una rehabilitación efectiva. Aunado a esto, se plantearon cambios estructurales en las instituciones para modificar protocolos y dinámicas que ya no respondían a las mejores prácticas ni a un enfoque de derechos humanos, para lo cual se propuso una transformación de raíz en la cultura de atención para asegurar intervenciones integrales, con seguimiento cercano, apoyos psicosociales

complementarios y garantía de gratuidad en el acceso. La visión ya no era sólo controlar síntomas, ahora se aspiraba a apoyar activamente los procesos de recuperación.

Desafortunadamente, la implementación del programa avanzó muy lentamente por falta de presupuesto y voluntad política. No fue sino hasta 2018 y 2019 que se asignaron partidas específicas en el presupuesto federal para temas de salud mental. Esto permitió contratar a más psiquiatras y psicólogos en centros de salud y hospitales públicos.

Pese a la existencia de reformas, programas y recomendaciones en las últimas dos décadas, destaca especialmente uno de los avances más actuales: el “Programa Nacional para la Prevención de Suicidio”, mismo que se presentó durante el 2023. Este Programa fue la respuesta inmediata del Gobierno de México ante la alarmante tasa de suicidios suscitada durante los años que la pandemia ocasionada por el virus del SARS-CoV tuvo mayor impacto en México. Según datos obtenidos por el INEGI (2023), en los años 2020, 2021 y 2022, se registraron 24,569 defunciones por suicidio a lo largo de la República Mexicana, motivo suficiente para que se buscara establecer mecanismos de intervención intersectorial para diseñar e implementar una política integral de prevención de conductas suicidas, así como establecer mecanismos efectivos de comunicación y colaboración entre autoridades de salud, educación, bienestar social, seguridad, justicia y gobiernos locales.

Parte esencial de este nuevo programa es el “Cuadernillo Básico Para La Prevención Del Suicidio”, cuyo objetivo se centra en “ofrecer conocimientos y habilidades básicos para la prevención del suicidio en la población general” (Secretaría de Salud, 2023, p. 1). La incorporación de este documento es un elemento clave ya que representa la intención de llevar información accesible sobre este tema a toda la población, incluyendo aquellos sectores que no necesariamente tienen contacto directo con los sistemas de salud; es una manera de socializar conocimientos, eliminar mitos y sensibilizar.

Asimismo, este material cumple una función vital de transferencia de herramientas concretas a las comunidades para identificar factores de riesgo, reconocer señales

de alerta y estar al tanto de todos los recursos y apoyos disponibles. De esta forma, se busca empoderar a personas no especializadas para que participen activamente en labores de prevención dentro de sus círculos sociales más cercanos, lo que significaría la llegada de un nuevo modelo de atención, ahora distribuido en múltiples actores sociales y no solamente en profesionales de la salud mental, ya que se estaría dotando de competencias básicas a la población general.

Pese a que sería interesante analizar los resultados reales de este proyecto, la efectividad final estará en función de la amplitud con la que realmente se implemente su distribución y se garantice la comprensión de los conceptos plasmados, por lo que actualmente todavía es imposible. Un material de esta naturaleza sólo cobra vida cuando se convierte realmente en un instrumento asimilado colectivamente.

## **2.2 El Panorama Actual de la Salud Mental**

En este subcapítulo se realizará un análisis del panorama actual que caracteriza la situación de salud mental en México, prestando especial atención en la población joven, identificando patrones de distribución por edad para saber qué porcentaje de esta población podría requerir estos servicios. Este enfoque pretende arrojar luz sobre los elementos contextuales que rodean la problemática identificada en el acceso a los servicios.

Según datos obtenidos por el INEGI en el “Censo de Población y Vivienda 2020”, un 17.84% de la población de la Ciudad de México se encuentra en un rango de edad de 10 a 24 años, y como se mencionó al inicio de esta investigación, parte de esta población (ya que se considera el rango de edad de 12 a 29 por motivos prácticos) es la que necesita ser estudiada.

En primer lugar, es necesario mencionar que existe una falta de información relacionada con la salud mental de la población joven, especialmente en países en desarrollo como el nuestro. Esta carencia de datos podría dificultar la formulación de políticas de salud pública específicas para este grupo demográfico; ante esto, Benjet (2016) menciona que es crucial abordar este vacío, ya que los trastornos

mentales en la adolescencia generan sufrimiento para los jóvenes afectados, pero además, reconoce la importancia de considerar la existencia de posibles secuelas que este grupo poblacional podría experimentar, en sus palabras, hay que “considerar secuelas que puedan tener para el funcionamiento en su vida adulta, como el menor alcance educacional, ocupacional y económico, una peor productividad laboral, el embarazo no deseado, accidentes automovilísticos, y relaciones interpersonales disfuncionales” (Benjet, 2016).

Si bien para el presente capítulo son necesarios datos actualizados, parece relevante mencionar este proyecto a cargo de Benjet ya que su primera medición de la encuesta realizada en 2005 proporcionó los primeros datos representativos sobre la prevalencia, severidad, correlatos socio-demográficos y patrón de uso de servicios para los trastornos psiquiátricos en jóvenes del entonces llamado Distrito Federal, mismos que condujeron a una fase posterior de la investigación en 2013, con un seguimiento longitudinal que proporcionó información valiosa sobre la temporalidad y persistencia de las enfermedades mentales desde la adolescencia hasta la adultez, así como las posibles implicaciones que estos padecimientos podrían tener en el funcionamiento durante la vida adulta.

Otro dato con relevancia del grupo demográfico estudiado puede ser obtenido a partir de los datos emitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017), que indica que el 32.5% de los mexicanos de 12 años en adelante han experimentado sentimientos de depresión. Como se abordó en el primer capítulo, la depresión no solo representa un desafío individual para quienes la experimentan, sino que también tiene consecuencias significativas a nivel societal y de salud pública. Estos datos del 2017 destacan la necesidad (que prevalece en la actualidad) de abordar la salud mental de manera integral, implementando políticas y programas que no solo atiendan a quienes ya experimentan este trastorno, sino que también se enfoquen en la prevención y el acceso oportuno a servicios de apoyo emocional.

Como se mencionó anteriormente, es crucial subrayar la importancia de los estudios ya existentes para poder construir una representación actualizada del panorama de

la Ciudad de México. Un dato importante por considerar entonces sería la situación de la prevalencia de trastornos mentales entre la población joven en México; de acuerdo con los resultados obtenidos en el sondeo realizado por la encuesta “México Adolescent Mental Health Survey”, se estimaba que para el 2005 en la capital del país, por lo menos cuatro de cada diez adolescentes habían experimentado un trastorno psiquiátrico. Como lo menciona Espínola (2010), este dato podría traducirse en una tasa de trastornos mentales más pronunciada en comparación con países del primer mundo como Estados Unidos o Canadá, donde la incidencia se sitúa entre un quince y un veinte por ciento.

La falta de acceso a tratamiento que existía en 2005 y que probablemente prevalezca en 2024 es un aspecto alarmante, ya que de haberse mantenido así, solo una mínima proporción de estos jóvenes habría recibido la atención necesaria para sus problemas. Patrones similares se han observado en la población adulta (que se aborda debido a que esta investigación contempla un rango de edad de hasta 29 años), con apenas un veinte por ciento de los adultos afectados por trastornos mentales recibiendo la atención necesaria, según los hallazgos de Espínola (2010).

Estos resultados reflejan que ha existido (y sigue existiendo) una deficiencia significativa en el sistema de servicios de salud, comprometiendo el bienestar de aquellos que enfrentan problemas de salud mental, especialmente entre la población juvenil. En palabras de Espínola (2010):

En México no se dispone de una gran cantidad de tratamientos de salud mental basados en la evidencia para niños y adolescentes que normalmente se brindan en los sectores de atención primaria, secundaria o terciaria en los Estados Unidos y otros países desarrollados. Las poblaciones rurales y los pueblos indígenas pueden soportar la mayor carga porque su acceso a servicios de salud infantil y mental de alta calidad es muy limitado (p. 444).

Entrando a datos más generales, la UNICEF (2021) reveló que más de dos millones de niños y adolescentes en México sufren de algún trastorno mental, ante lo cual subraya la gravedad de la situación en términos de salud mental entre la juventud

del país. Estos datos no solo ponen de manifiesto la magnitud del impacto individual y familiar de los trastornos mentales en esta población vulnerable, sino que, sin que lo mencione directamente esta organización, se puede apreciar que por lo menos hasta el 2021 la situación no solo no se había atendido en calidad de urgencia como se había señalado por lo menos 16 años antes, sino que además empeoró. La problemática aquí es que la salud mental de los jóvenes debería ser considerada un componente esencial para su desarrollo integral y, por tanto, el reconocimiento del problema por parte de UNICEF, la SEGOB, y diversas instituciones en México, debería de haber motivado a la formulación de políticas, la mayor difusión de los servicios disponibles y la mayor asignación de recursos destinados a garantizar el acceso a servicios de salud mental de calidad, así como a la implementación de programas preventivos y de intervención temprana.

La realidad es, sin embargo, que no todos los jóvenes que experimentan problemas de salud mental sabrán como buscar o tendrán acceso a estos servicios, lo que plantea desafíos significativos en términos de alcance y provisión de atención.

En México, se estima que aproximadamente un tercio de la población experimentará algún trastorno relacionado con la salud mental a lo largo de su vida, alarmantemente, incluso dentro del “Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones”, publicado por el Gobierno de México y la Secretaría de Salud, se prevé que un considerable 79% de estas personas no accederán a ningún tipo de tratamiento de manera adecuada y oportuna.

Actualmente, a pesar de reconocer los desafíos significativos en el ámbito de la salud mental, el gobierno se enorgullece de los esfuerzos activos que está llevando a cabo para abordar esta problemática. Las autoridades gubernamentales enfatizan la colaboración con instituciones de salud y la inversión en recursos para fortalecer la infraestructura destinada a la salud mental, por lo que, aunque los problemas persisten, el gobierno sostiene que está comprometido con la evolución continua de políticas y estrategias para enfrentar los retos presentes en el cuidado de la salud mental en la Ciudad de México, como se aprecia a continuación:

En el IMSS, anualmente se otorgan más de 3 millones de consultas de salud mental, 79% atendidas por el primer nivel de atención, 19% atendidas por el segundo nivel y 2% por el tercer nivel. Por su parte el ISSSTE durante 2022, realizó 226,535 detecciones y referencias para la atención de condiciones asociadas al consumo de sustancias; mientras que la Secretaría de Salud reportó 2,074,416 consultas de salud mental, atendidas 42% en el primer nivel, 57% en el segundo nivel y solo 1% en el tercer nivel. En las tres instituciones, los principales diagnósticos fueron trastorno de ansiedad, depresión y trastornos por consumo de sustancias (Secretaría de Salud, 2023, p. 14).

La recopilación de los datos proporcionados por estas instituciones de salud revela un escenario cuestionable en el ámbito de la salud mental. Si bien es alentador observar que se realizan más de tres millones de consultas anuales en el IMSS, con una atención predominante en el primer nivel, y que el ISSSTE se enfoca en la detección de condiciones vinculadas al consumo de sustancias; la distribución de recursos y atención aún plantea desafíos considerables.

Además, el hecho de que la Secretaría de Salud reporte un equilibrio en los casos atendidos entre el primer y segundo nivel de atención, junto con la prevalencia de diagnósticos de trastorno de ansiedad, depresión y trastornos por consumo de sustancias, sugiere una necesidad urgente de crear estrategias más focalizadas y coordinadas. Así mismo, la dispersión de los recursos entre los diferentes niveles de atención podría indicar la falta de planes de acción unificados y adaptados a las necesidades específicas de la población.

Esto último (el gasto en servicios de salud mental y la forma en que se distribuyen los recursos), es primordial ya que, como se abordó con anterioridad, el bienestar mental tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas y en su capacidad para participar plenamente en la sociedad. Un acceso adecuado a estos servicios no solo debería implicar la atención a trastornos específicos, sino también la prevención, la promoción del bienestar emocional y la gestión efectiva de factores de riesgo. Una mejor gestión en la manera en que se realiza la inversión en salud

mental, entonces, contribuiría a la reducción de la carga económica y social asociada a los trastornos mentales, en caso contrario, los problemas asociados a estos trastornos podrían aumentar los costos en atención médica general. Se infiere entonces que, si el gobierno destinara recursos suficientes a la prevención y tratamiento temprano, se podría mitigar el impacto a largo plazo en diversos aspectos de la sociedad.

La OMS (2023) señala que, en promedio, el gasto en servicios de esta índole a nivel mundial es del 2.8% del presupuesto total destinado a la salud, sin embargo, “los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0.5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental”. En el caso de México, en los últimos ocho años el presupuesto destinado a este tema ha oscilado entre 1.3 % y 1.6 % del presupuesto total de salud (mayor al promedio de los países con ingresos bajos de Latinoamérica), esto de acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2022).

Aunque México pueda superar ligeramente la media en gasto de salud mental, es crucial reconocer que esto no es suficiente si se considera que se debería asignar al menos un 5% del presupuesto total de salud en los países de ingresos bajos y medios, y un 10% en los de ingresos altos, según las recomendaciones de Gilbert (2015). Esta disparidad entre el gasto sugerido y el ejercido en México, destaca la importancia de abordar las inequidades y garantizar que todas las personas, independientemente de su posición socioeconómica, tengan acceso a servicios de calidad, pues en última instancia, esta inversión no solo representa un acto de atención a la salud individual, sino también un componente esencial para construir comunidades resilientes y promover la salud en la sociedad.

Por su parte, una recomendación de la Organización Mundial de la Salud, es que la distribución del gasto en salud sea proporcional a la carga de enfermedad, por lo que debería haber equidad entre los aspectos físicos y mentales en la prestación de atención médica, en otras palabras “esto significa que los servicios de atención de salud física y mental deben prestarse de forma integrada, y que el porcentaje de



gasto asignado a los servicios de salud mental debe ser proporcional al porcentaje de su carga atribuible” (OMS, 2023).

Retomando los datos proporcionados por la Secretaría de Salud, la atención significativa en el primer nivel de atención destaca la importancia de intervenciones accesibles, pero también plantea interrogantes sobre la capacidad de estos servicios para abordar casos más complejos que requieren una atención especializada. La prevalencia de trastornos específicos, además, señala la importancia de implementar programas preventivos y estrategias de intervención temprana para mitigar la carga de estas afecciones en la población.

La situación actual tanto en México como en la Ciudad de México sugiere que es crucial que el gobierno intensifique sus acciones, ya que, a pesar de los esfuerzos actuales, la realidad de la carga de enfermedades mentales en México, el bajo presupuesto ejercido en atenderlas y la falta de datos necesarios para comprender la situación de la población joven, indican que las medidas implementadas podrían no ser lo bastante efectivas.

### **2.3 Marco Jurídico de la Salud Mental Para Jóvenes**

Como se abordó anteriormente, en México el proceso para orientar la salud mental hacia un enfoque que contemple los derechos humanos ha sido gradual y ha implicado la participación de diversos sectores, incluyendo entre estos a las autoridades de salud, organizaciones de la sociedad civil, el gobierno e incluso a la ciudadanía. Este proceso ha dado lugar a la promulgación de leyes, la creación de programas y la implementación de normas específicas para regular y guiar las acciones en materia de salud mental en el país.

Es necesario mencionar esto como punto de partida del presente subcapítulo puesto a que no se puede hablar del marco normativo y político que rodea esta materia sin señalar que históricamente los derechos de las personas víctimas de trastornos mentales han sido vulnerados al ser objetos de estigma, discriminación y abordajes inadecuados. De aquí la importancia de señalar que gracias a los esfuerzos realizados en las últimas décadas y al reconocimiento de la importancia de la salud

mental se ha logrado no solo una mayor conciencia social, sino también un marco legal mucho más robusto.

Las leyes y programas mencionados en este apartado fueron diseñados con el propósito de ofrecer atención y apoyo a individuos que enfrentan desafíos en su bienestar psicológico y son respaldados por marcos jurídicos específicos que proporcionan el sustento legal necesario para su establecimiento y funcionamiento. No obstante, aunque confieren legitimidad a las iniciativas en materia de salud mental y establecen las bases para la formulación de políticas más amplias y coherentes en este ámbito, la especificidad de estos marcos jurídicos hace que al compararlos entre sí lleguen a ser contradictorios debido a que dependen mucho del contexto en que fueron creados. Con lo anterior en mente y buscando ofrecer una visión coherente y comprensiva, en este apartado se hará especial énfasis en las políticas y programas más relevantes relacionados con la salud mental de los jóvenes.

### ***2.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos***

Pese a la indudable importancia que tiene la Constitución para el orden jurídico y la protección de los derechos fundamentales, resulta sorprendente que solo el artículo 4º constitucional pueda considerarse relevante para la creación de un marco jurídico dentro de esta investigación. El artículo en cuestión establece que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud [...] La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, 1917).

Pese a que en toda la Constitución Mexicana no se menciona de manera directa la salud mental, entendemos que se incluye dentro de este concepto general de salud, por lo que este artículo representa la base constitucional sobre la cual el Estado mexicano implementa políticas, programas y servicios relacionados con esta materia. Además, al estar presente en la Constitución, se obliga al gobierno en curso

a garantizar el cumplimiento de las medidas necesarias para garantizar la protección de la salud.

Sin embargo, que la Constitución no haga esta distinción entre los diferentes tipos de salud, puede traer consigo una interpretación que priorice la salud física sobre la mental en lo que compete a la implementación de políticas o la asignación de recursos. Por último, al igual que otros recursos, la Constitución no aborda los determinantes sociales de la salud mental como la pobreza y la desigualdad, que tienen un impacto significativo en el bienestar psicológico de la población como se señaló al inicio de esta investigación.

### ***2.3.2 Declaración Universal de los Derechos Humanos***

Para los fines de la presente investigación, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos es el único que resulta pertinente y digno de ser destacado ya que cuenta con dos apartados que se pueden relacionar con otras leyes. En el primero de estos establece lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Naciones Unidas, 1948, p. 7).

Esto indica que el bienestar de una persona no se limita solo a la salud física, sino que abarca una serie de factores que son fundamentales para llevar una vida digna y, como se mencionó en el primer capítulo de este estudio, la falta de acceso a los recursos básicos puede ser un desencadenante para generar situaciones de estrés, ansiedad, depresión y otros trastornos de salud mental.

El segundo apartado, aunque no menciona específicamente a los jóvenes (puesto a que ya están implícitos al hablar de todas las personas) si menciona que “la

maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (Ibid, p.7) y que todos los niños tienen derecho a la protección social.

### **2.3.3 Ley General de Salud**

Otro de los pilares dignos de mencionar para este marco normativo es la Ley General de Salud, la cual establece las disposiciones generales para la prestación de servicios de atención integral en salud mental. Esta ley define el concepto de salud mental, reconoce el derecho de toda persona a gozar del más alto nivel posible de salud y establece los principios rectores que deben guiar la prestación de servicios, como el respeto a la dignidad humana, la no discriminación, la equidad, la perspectiva de género, la interculturalidad y el enfoque comunitario.

Dentro de la Ley General de Salud, la salud mental es reconocida como un componente esencial de la salud pública, ya que es mencionada en el artículo 3º como “materia de salubridad general” y en el 27 como un “servicio de salud básico”, pero además le da una mayor visibilidad en su capítulo séptimo, que lleva por título “Salud Mental” y está dedicado totalmente a explorarla, ya que establece las normas necesarias para garantizar una atención adecuada y accesible para todas las personas, llegando incluso a hacer un énfasis particular en los grupos etarios vulnerables como son los jóvenes. De esto último, el artículo 73 menciona lo siguiente:

Artículo 73.- Los servicios y programas en materia de salud mental y adicciones deberán privilegiar la atención comunitaria, integral, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial, con perspectiva de género y participativa de las personas desde el primer nivel de atención y los hospitales generales (Secretaría de Salud, 2022, p. 30).

En este sentido, una de las poblaciones a las que se debe priorizar (considerando que no debería ser correcto hablar de “privilegiar”) es precisamente la de los jóvenes, los cuales son mencionados en la fracción VIII del mismo artículo, donde se expresa que el gobierno y las instituciones deben cuidar “la detección de los

grupos poblacionales en riesgo de presentar trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, y de adicciones, preferentemente niñas, niños y adolescentes” (Ibid., p. 30).

De la misma manera, el artículo 73 *bis*, fracción V, refuerza y extiende esta idea al señalar que las instituciones de salud pública deben brindar servicios de salud mental prioritariamente a los grupos vulnerables, acentuando a los jóvenes y añadiendo a “mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad, indígenas, afromexicanas, personas en situación de calle y pobreza, migrantes, víctimas de violencia y personas discriminadas por su orientación sexual o su identidad de género” (Ibid., p. 31). Al considerar este aspecto, se puede observar que, aunque sigue persistiendo la tendencia de englobar a la población joven dentro de categorías más generales, en este caso específico es alentador observar que se reconoce de manera explícita que este grupo poblacional es uno de los que necesitan mayor visibilidad y atención para tratar sus necesidades y desafíos particulares.

Entre otros puntos relevantes de este capítulo, se encuentra el desarrollo de programas y estrategias enfocadas en la concientización y la educación sobre la salud mental, así como la capacitación de profesionales de la salud en el manejo adecuado de estos trastornos. El artículo 73 *ter* explica que esto se realiza con la esperanza de combatir los estereotipos existentes alrededor de la población que requiere de servicios de salud mental, destacando además que los programas creados tienen que ser accesibles, con enfoque en derechos humanos y perspectiva de género.

Ya que algunas de las intenciones de este apartado de la LGS son asegurar el acceso equitativo y la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, a partir del artículo 74 se comienzan a establecer los lineamientos para la prestación de servicios, contemplando entre otras cosas la creación de centros especializados, la implementación de programas de rehabilitación y la integración de los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria, buscando además eliminar el modelo psiquiátrico asilar.

De lo primero (asegurar el acceso equitativo), es claro que esta disposición legal busca transformar el sistema de atención de la salud mental abordando varias deficiencias históricas mencionadas anteriormente, y promoviendo además un enfoque más integral y accesible. Por ejemplo, contemplar la creación de centros especializados significa reconocer la necesidad de contar con instalaciones y personal dedicados específicamente a la atención de la salud mental. Además, la integración de los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria es un enfoque crucial para mejorar el acceso equitativo al acercar los servicios a la comunidad, lo que no necesariamente logra eliminar (pero si reducir) las barreras geográficas y económicas que a menudo impiden que las personas busquen ayuda.

En tanto a lo que corresponde a eliminar el modelo psiquiátrico asilar, es importante tener en cuenta que históricamente este modelo ha sido asociado con la estigmatización, el aislamiento social y con violaciones a los derechos humanos, por lo que alejarse de este enfoque promueve una visión más humanizada que respeta la dignidad y los derechos de los usuarios que utilicen estos servicios.

De esto último, el artículo 74 *ter* hace un listado completo de los derechos que corresponden a la población usuaria de los servicios de salud mental, donde abarca todas las protecciones, garantías y prerrogativas que deben ser observadas para asegurar que los intereses y el bienestar de los usuarios sean respetados y salvaguardados, intentando no dejar lugar a omisiones o interpretaciones restrictivas en su aplicación.

Pese a que este capítulo no es muy extenso, entre otros de sus aportes se pueden encontrar acciones para combatir los estereotipos, el derecho al consentimiento informado en el tratamiento, y la estipulación de que el internamiento debe ser el último recurso terapéutico, añadiendo a esto último que para el caso de niños y adolescentes (parte de la población de interés para la presente investigación) deben de existir opciones comunitarias y realizarse en hospitales generales o de pediatría.

#### **2.3.4 Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**

Entre las diversas normativas existentes esta destaca por contar con una concepción jurídica de la infancia y la adolescencia, reconociendo a los jóvenes como sujetos plenos de derecho. Esta ley sitúa a los jóvenes como una población específica que cuenta con sus propios derechos fundamentales.

Al adoptar esta perspectiva, la ley no solo reconoce la dignidad inherente de este sector poblacional, sino que también establece un marco jurídico que busca garantizar su protección y desarrollo integral. Esta visión representa un cambio paradigmático en la concepción legal de la infancia y la adolescencia en México, alejándose de enfoques paternalistas para abrazar una postura que empodera a los menores como sujetos plenos de derecho. En lo relativo a la protección de la salud, el artículo 50 señala lo siguiente:

Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud (Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 2014, p. 24).

Respecto a la salud mental, la fracción XVI de este artículo establece que las autoridades deben coordinarse con la finalidad de procurar “que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental” (Ibid, 2014).

#### **2.3.5 Programa de Acción Específico: Salud Mental y Adicciones**

Concluyendo con la delimitación de este marco normativo, se debe mencionar como algo importante que el gobierno de México ha desarrollado diversos programas de acción específicos, tal es el caso del de Salud Mental y Adicciones para el periodo 2020-2024, que establece las estrategias y acciones concretas que se utilizarán durante ese periodo para “garantizar que hacia 2024 la población de México pueda

recibir atención médica y hospitalaria gratuita y alcanzar el bienestar general” (Secretaría de Salud, 2022, p. 10).

Entre lo más relevante de este programa se encuentra el reconocimiento de que los recursos que se han destinado a la atención de la salud mental en México son insuficientes y están mal distribuidos, lo que representa barreras notorias en la búsqueda del bienestar general de la población al impedir que se realicen adecuadamente las acciones de promoción de la salud, capacitación adecuada al personal, las campañas para evitar la discriminación o el mantenimiento adecuado de los hospitales.

Como ya se había mencionado, al igual que este, existen una multiplicidad de programas que buscan justificar sus acciones con marcos jurídicos específicos; lo cual debería plantearse como un problema ya que, durante la creación de los programas, acciones y propuestas destinadas a la salud, se omite la idea de adoptar un solo marco jurídico que permita una aplicación consistente, y en su lugar se opta por desarrollar uno para cada programa. La existencia de normativas independientes se puede traducir en duplicación de esfuerzos y desperdicio de recursos. Todo esto no es especulativo, sino que es reconocido por el mismo documento al señalar que cuando se habla de insuficiencia en la atención de la salud mental se habla también de:

[...] carencia de protocolos de atención estandarizada y guías de práctica clínica, así como recursos insuficientes que impiden una atención oportuna, adecuada, integral y multidisciplinaria. La atención psiquiátrica no está debidamente integrada a la red de servicios de salud en general (Secretaría de Salud, 2022, p. 23).

En cierta medida, esto demuestra que cuando cada programa se rige por diferentes marcos legales, se genera una fragmentación que dificulta la creación de estándares comunes. Esta “incongruencia normativa” (a falta de una expresión más precisa) puede llevar a una atención inconsistente que no solo afecta la calidad de los servicios, sino también su accesibilidad, ya que la desarticulación de las



acciones del gobierno dificulta la integración de la atención psiquiátrica en la red general de salud según lo expresado por la misma Secretaría de Salud, limitando de este modo el impacto positivo que se podría alcanzar si existiera un marco normativo único que garantizara coherencia y eficiencia en todo el sistema de salud.

Programas como este procuran el pleno respeto a los derechos humanos, la igualdad de género y la no discriminación. Sin embargo, a diferencia de los realizados en otros periodos, en este se puede apreciar la estrecha vinculación que se tuvo durante su realización con la visión y los principios del actual gobierno.

Dicho lo anterior, vale la pena señalar la incorporación de los principios rectores ya contemplados en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y en el Programa Sectorial de Salud, que reflejan los principios del actual gobierno como la austeridad, prioridad a los sectores vulnerables, combate a la corrupción, democracia, entre otros. Si bien esta inclusión debería ser catalogada como algo importante, esto no significa que la alineación del programa con la visión del gobierno en curso represente un avance positivo, ya que termina incorporando aspectos que sesgan el propósito original del programa. Para ejemplificar lo anterior basta con señalar las incongruencias de algunos de estos principios como el de la austeridad, que limitaría aún más los recursos que el programa anteriormente describió como escasos; o el principio titulado “no más migración por hambre o violencia”, el cual si se revisa a profundidad su contenido, parece estar más relacionado con la atención de los usuarios migrantes de sustancias psicoactivas y no necesariamente con salud mental; incluso el principio “democracia significa el poder del pueblo” hace referencia a la participación ciudadana bajo el contexto del consumo de sustancias, lo que resulta en un enfoque incoherente ya que si bien el programa busca prevenir el consumo y evitar la discriminación de los usuarios, esto no debería implicar un incentivo para promover el uso recreativo de estas sustancias, por lo que promover la participación ciudadana en este tema contradice el objetivo de prevenir y envía un mensaje equivocado respecto a cómo debería de abordarse el tema.

Partiendo de estos dos últimos puntos se hace presente un problema encontrado durante esta investigación, al que podemos catalogar como “generalización”. Para lo que corresponde al presente estudio, entendamos este fenómeno como el acto de englobar diversas categorías que parezcan están interrelacionadas y extraer de ellas lo esencial para la formulación de una ley o programa. En este sentido, podemos catalogar la inclusión de lo relacionado a la salud mental y a las adicciones en un solo programa como algo negativo ya que ambas problemáticas requieren enfoques y estrategias diferentes.

Como ya se mencionó, el problema alrededor de la salud mental requiere abordarse bajo enfoques económicos, sociales y médicos específicos, mientras que la problemática del uso de sustancias psicoactivas se centra más en aspectos como la prevención y el tratamiento de adicciones; al fusionar ambos problemas en un solo programa se diluyen los esfuerzos y recursos, a la vez que se demeritan u omiten las necesidades particulares que requiere cada uno. Pero este problema no se detiene en lo relativo a juntar múltiples problemáticas en un solo programa, muy por el contrario, el problema se hace relevante aquí ya que la población estudiada (los jóvenes) también son englobados en categorías más generales, como se mencionó en el apartado destinado a la Ley General de Salud.

En general, la importancia de este programa radica en que actuó como la guía de acción de lo realizado en materia de salud mental durante el periodo 2020-2024. Sin embargo, no aporta algo verdaderamente relevante para el grupo etario estudiado (los jóvenes), quienes son mencionados de manera muy limitada en el documento y cuya importancia radica más bien en la incorporación de los programas destinados a ellos (Jóvenes Construyendo el Futuro y Jóvenes Escribiendo el Futuro) dentro de las medidas preventivas de consumo de drogas, no en la prevención o cuidado de su salud mental.

Para finalizar este capítulo, es importante mencionar que el marco normativo relativo a la salud mental en México es mucho más extenso que lo mencionado aquí, y que tiene muchos aciertos ya que aborda la atención de los trastornos mentales y las acciones de promoción de la salud mental desde un enfoque multidisciplinario. No

obstante, lo relativo a los jóvenes se podría reducir a lo presentado aquí, a algunos otros recursos que contemplan la protección de las infancias y a otras leyes locales que cambian según la entidad federativa.

Pese a que la legislación se mantiene en desarrollo continuo y ha mostrado avances significativos, aún existen retos importantes en cuanto a la implementación efectiva de estas disposiciones, la asignación de recursos suficientes, la capacitación del personal de salud y las acciones que se realizan para garantizar que los servicios sean accesibles.

### **3. Disponibilidad y Acceso a Servicios de Salud Mental en la Ciudad de México**

Como último componente de este estudio, se explora el espectro de instituciones dedicadas a la atención de la salud mental en la Ciudad de México, desde los hospitales psiquiátricos hasta las clínicas comunitarias. Este análisis no se limita a un mero listado de estas instituciones, sino que intenta abordar también lo relativo a su funcionamiento y distribución geográfica.

Otro aspecto importante de este capítulo es el análisis de la accesibilidad, que aborda cuestiones tales como los tiempos de espera, la distribución geográfica de los centros de atención, los costos asociados y las perspectivas de algunos usuarios respecto a la calidad de los servicios, todo con la finalidad de identificar barreras (ya sean estructurales, económicas, culturales o administrativas) que generen dificultades particulares para que la población pueda acceder a estos servicios.

#### **3.1 ¿Qué Servicios Existen en la Ciudad de México?**

Este subcapítulo ofrece una exploración de los diferentes servicios públicos de salud mental que se encuentran disponibles en la Ciudad de México, a fin de unificarlos en un solo documento actualizado que sea claro, accesible y que además sirva como un apoyo valioso para profesionales de la salud, formuladores de políticas, usuarios de dichos servicios y familiares de los últimos.

Lo que pretende este subcapítulo es examinar la red de hospitales psiquiátricos especializados, los servicios de salud mental integrados en hospitales generales y los centros de salud comunitarios, que juegan un papel crucial en la atención primaria y la detección temprana de trastornos mentales.

##### **3.1.1 Hospitales Psiquiátricos**

Los hospitales psiquiátricos desempeñan un papel importante en el sistema de salud mental de la Ciudad de México. Estos lugares especializados se dedican al diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas con trastornos mentales graves o complejos que requieren atención intensiva o prolongada. Como se observó en el capítulo 2, a lo largo de las últimas décadas el concepto y funcionamiento de los

hospitales psiquiátricos en la CDMX ha evolucionado significativamente, reflejando cambios en la comprensión de la salud mental, avances en los tratamientos y en las políticas de salud pública.

La Secretaría de Salud proporciona un directorio de todos los hospitales psiquiátricos en funcionamiento a lo largo de la república mexicana. Para el caso de la CDMX, este directorio señala tres: El hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” y el hospital psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”.

El hospital Fray Bernardino fue fundado en 1967, y su misión es brindar atención completa y de calidad a los usuarios que requieran servicios especializados en psiquiatría y rehabilitación psicosocial, a la par que promueve la mejora continua mediante la capacitación de profesionales del área, siendo sus ejes de trabajo la atención, la educación y la investigación.

Esta institución hospitalaria se encuentra en funcionamiento todo el año (aunque con horarios diferentes según el día), y brinda sus servicios a hombres y mujeres mayores de 18 años, exceptuando el servicio de psicogeriatría que solamente recibe adultos mayores de 60 años.

Los servicios destinados a los usuarios son: Triage Psiquiátrico, Consultas Externas, Hospital Parcial, Clínica De Intervención Familiar, Clínica De Patología Dual, Hospitalización, Urgencias, Servicio De Psicogeriatría, Rehabilitación y Telementoría.

Por su parte, el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro brinda atención a menores de edad con trastornos psiquiátricos y conductuales desde su inauguración en 1966. Esta institución se especializa en la psiquiatría infantil y de la adolescencia, lo que la hace vital para el sistema de salud debido a las particularidades del desarrollo psicológico y emocional de este grupo etario. La existencia de este hospital sugiere que los problemas psiquiátricos y del comportamiento en menores requieren una intervención específica, buscando que se atiendan los síntomas, pero que también se tenga presente la importancia del desarrollo integral de los menores.

Pese a que atiende todo el año, algunos de sus servicios se realizan exclusivamente entre semana y se brindan a todos los menores de edad en compañía de un tutor legal. Dentro de estos podemos encontrar: Atención de primera vez, Atención de urgencias, Hospitalización, Hospitalización Continua, Hospital Parcial y Consulta Externa.

Por último, el hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, que brinda servicio desde 1967, busca brindar servicios de salud mental bajo los principios de ética profesional, dignidad, respeto a los derechos humanos, equidad de género y la no discriminación.

A diferencia de las otras dos instituciones, esta ofrece sus servicios a personas de cualquier edad, ya sean adultos, adolescentes o niños (estos dos últimos acompañados de un representante legal), dichos servicios son: Consulta externa de primera vez, Consulta externa subsecuente, Hospitalización y Urgencias.

En tanto a los costos, los tres hospitales brindan atención gratuita a usuarios que no gocen de seguridad social, mientras que establece cuotas de recuperación basadas en el “Tabulador de Servicios Médicos Asistenciales” para los usuarios del IMSS, ISSSTE u otro servicio de seguridad social.

Estos centros especializados son fundamentales para el manejo de crisis agudas y situaciones de emergencia en salud mental, motivo por el cual cuentan con un servicio de urgencias psiquiátricas orientado a atender exclusivamente casos en donde se ponga en riesgo la salud mental de los pacientes. Por lo tanto, cuando una persona experimenta un episodio psicótico severo, una depresión profunda con riesgo suicida, o cualquier otra condición mental que ponga en peligro su vida o la de terceros, estos hospitales ofrecen un entorno seguro y controlado donde se puede brindar atención intensiva las 24 horas.

Estos hospitales también son cruciales para el tratamiento de trastornos mentales crónicos y severos que requieren una atención prolongada y multidisciplinaria. Es necesario señalar que, al referirse a períodos de hospitalización, sin importar si se realiza con la finalidad de estabilizar síntomas, ajustar medicaciones o cualquier otra

situación, los procedimientos de las tres instituciones respetan lo establecido en la Ley General de Salud referente al internamiento voluntario, el consentimiento informado, el modelo asilar como último recurso y el pleno respeto a los derechos humanos del paciente.

Aunque no se hará mayor énfasis sobre esto, es igual de importante mencionar que la existencia de estos hospitales es crucial para la investigación y el avance del conocimiento en este campo, ya que además de ofrecer atención clínica, son centros de investigación de vanguardia y de formación de profesionales, que sirven como lugares de enseñanza para médicos residentes, psicólogos en formación, estudiantes de enfermería y otros profesionales de la salud.

Otros hospitales no mencionados en el directorio emitido por la Secretaría de Salud son: el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, el Hospital Psiquiátrico Instituto Mexicano del Seguro Social “Hospital San Fernando” y la Clínica de Neurología y Psiquiatría del ISSSTE.

### 3.1.2 Centros de Salud

Existen más de 100 centros de salud mental distribuidos en la Ciudad de México. Estos centros cuentan con servicios básicos en esta materia, como consultas psicológicas, detección temprana de trastornos mentales, orientación y consejería, e incluso con la vinculación a servicios especializados cuando es necesario.

La página web del Gobierno de la Ciudad de México los cataloga como “Módulos de Salud Mental y Centros de Atención Primaria de Adicciones”, como se puede apreciar en la tabla 1:

**Tabla 1. Unidades disponibles en la Ciudad de México**

ALCALDÍA	SEDES	
<b>ÁLVARO OBREGÓN</b>	Centro de Salud Ampliación Presidentes	Centro de Salud T-III Márquez Escobedo
	Centro de Salud T-II La Cascada	Centro de Salud Dr. Manuel Escontría
	Centro de Salud La Conchita	UNEME CAPA Lomas la Era
	Centro de Salud T-III Minas De Cristo	Ampliación Presidentes
	Centro de Salud T-III Jalalpa El Grande	
<b>AZCAPOTZALCO</b>	Centro de Salud T-III Dr. Galo Soberón Y Parra	Centro de Salud T-II Santiago Ahuizotla

	Centro de Salud T-III, Dr. Galo Soberón Y Parra Centro de Salud T-II El Arenal Centro de Salud T-II Tezozómoc	Centro de Salud T-II Dr. Manuel Martínez Báez UNEME CAPA Tezozómoc UNEME CAPA Santiago Ahuizotla
<b>CUAUHTÉMOC</b>	Centro de Salud Dr. José María Rodríguez Centro de Salud T-III Soledad Orozco Centro de Salud Dr. Domingo Orvañanos Centro de Salud Dr. Manuel Domínguez Centro de Salud Atanasio Garza Ríos Clínica de Especialidades No. 2 Clínica de Especialidades No. 3	Clínica de Especialidades No. 4 Clínica de Especialidades No. 5 Clínica de Especialidades No. 6 Espacio Interactivo En Salud Para Jóvenes UNEME CAPA Dr. José María Rodríguez UNEME CAPA Clínica N.5
<b>GUSTAVO A. MADERO</b>	Centro de Salud Nueva Atzacocalco Centro de Salud Gabriel Garzón Cossa Centro de Salud Pradera Centro de Salud Dr. Rafael Ramírez Suárez Centro de Salud Manuel Cárdenas de La Vega Centro de Salud Esmeralda	Centro de Salud Valle Madero UNEME CAPA Valle Madero UNEME CAPA La Malinche UNEME CAPA Felipe Berriozábal UNEME CAPA Tlalpexco
<b>IZTACALCO</b>	Centro de Salud Dr. José Zozaya Centro de Salud T-II Ramos Millán Centro de Salud Dr. Luis Mazzotti Galindo	Centro de Salud T-III Manuel Pesqueira Clínica de Geriatria UNEME CAPA Predio la Fortaleza
<b>IZTAPALAPA</b>	Centro de Salud T-III Dr. Rafael Carrillo Centro de Salud T-III Dr. Guillermo Román Y Carrillo Centro de Salud T-III Dr. Francisco J. Balmis Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda Centro de Salud T-II Ejido Los Reyes Centro de Salud T-III Chinampac De Juárez	UNEME CAPA Chinampac de Juárez UNEME CAPA Santiago Acahualtepec UNEME CAPA Dr. Francisco J. Balmis UNEME CAPA Dr. Guillermo Román y Carrillo UNEME CAPA Ejido los Reyes
<b>MAGDALENA CONTRERAS</b>	Centro de Salud T-III Dr. Ángel De La Garza Brito Centro de Salud T-III Oasis Centro de Salud T-II San Bartolo Ameyalco	UNEME CAPA Ampliación Lomas de San Bernabé UNEME CAPA El Oasis
<b>MIGUEL HIDALGO</b>	Centro de Salud T-III México España Centro de Salud T-III Dr. Ángel Briosó Vasconcelos Centro de Salud Dr. Manuel González Rivera	Centro de Salud Lago Cardiel Clínica Especializada Condesa UNEME CAPA México-España
<b>MILPA ALTA</b>	Centro de Salud T-III Dr. Gaston Melo Centro de Salud T-III Villa Milpa Alta Centro de Salud T-III San Pablo Oztotepec	Centro de Salud T-II San Salvador Cuauhtenco UNEME CAPA Dr. Gastón Melo
<b>TLÁHUAC</b>	Centro de Salud San Francisco Tlatenco Centro de Salud T-II Del Mar Centro de Salud T-II San Juan Ixtayopan Clínica Comunitaria San Andrés Mixquic Centro de Salud T-II Zapotitla	Centro de Salud T-III Miguel Hidalgo Centro de Salud T-II Santa Catarina Yecahuizotl UNEME CAPA Miguel Hidalgo UNEME CAPA 13 De Septiembre
<b>TLALPAN</b>	Centro de Salud T-III Dr. Jose Castro Villagrana Centro de Salud T-III Dr. David Fragoso Lizalde Centro de Salud T-III Ampliación Hidalgo Centro de Salud T-I Lomas De Padierna	Centro de Salud T-II Topilejo Centro de Salud T-II San Andrés Totoltepec UNEME CAPA San Andrés Totoltepec UNEME CAPA Dr. Gerardo Varela Mariscal
<b>VENUSTIANO CARRANZA</b>	Centro de Salud Beatriz Velasco De Alemán Centro de Salud Juan Duque De Estrada Centro de Salud Luis E. Ruiz Centro de Salud Peñón De Los Baños Centro de Salud Romero Rubio Centro de Salud T-II Arenal Cuarta Sección	Centro de Salud T-II Ixnahualtongo Centro de Salud T-II José María Morelos Y Pavón UNEME CAPA Romero Rubio UNEME CAPA El Arenal
<b>XOCHIMILCO</b>	Centro de Salud T-III Xochimilco	UNEME CAPA Tulyehualco



	Centro de Salud T-III San Gregorio Centro de Salud T-I Santa Cruz Xochitepec Centro de Salud T-II Santiago Tecapatlapan	UNEME CAPA Nativitas
--	---	----------------------

Fuente: Elaboración propia con datos recabados de la página oficial del Gobierno de la Ciudad de México

Respecto al acrónimo “UNEME CAPA”, que se aprecia en la tabla 1, la página de la Secretaría de Salud de la CDMX no adjunta su significado, pero indagando al respecto, este hace referencia a las “Unidades de Especialidades Médicas” y al “Centro de Atención Primaria a las Adicciones”.

Así mismo, no hace hincapié en el significado de la terminología T-I, T-II y T-III, que hace referencia a los tres niveles de atención de la salud. Hay que comprender que los centros de salud están organizados en una estructura jerárquica basada en la complejidad y variedad de servicios que ofrecen. La Secretaría de Salud (2018), explica que esta clasificación se divide en tres niveles principales:

El primer nivel, conocido como T1, representa la estructura más básica, por lo que los centros mencionados en la tabla 1 cuentan con un equipo fundamental compuesto por médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales.

El segundo nivel, denominado T2, amplía la oferta de servicios del primero, incorporando servicios de odontología al equipo básico mencionado anteriormente.

El nivel más avanzado es el T3, estos centros no solo incluyen todos los servicios ofrecidos en los niveles T1 y T2, sino que también están equipados con capacidades de diagnóstico más sofisticadas. Específicamente, cuentan con servicios de radiología y laboratorio clínico.

En lo que respecta a la salud mental, la mayoría de estos centros brindan servicios de psicología y psiquiatría, mientras que algunos otros se especializan en atención primaria a las adicciones. El gobierno de la CDMX los enlista juntos pese a que tienen diferentes especialidades debido a que se apega al programa de acción específico sobre salud mental y adicciones de la Secretaría de Salud, que cataloga ambos problemas como partes de uno solo.

Otra cosa importante que señalar es el hecho de que la página del gobierno de la ciudad de México no señala la existencia de ninguno de estos módulos/centros de

atención en las alcaldías Benito Juárez, Coyoacán y Cuajimalpa lo que no necesariamente significa que no exista ningún tipo de servicio en esas zonas, pero sí que carecen de esta primera línea de atención para las personas que sufran de este tipo de problemas.

### ***3.1.3 Servicios de Salud Mental Integrados en Instituciones de Atención General***

Pese a no ser unidades especializadas, vale la pena mencionar la existencia de unidades hospitalarias que incorporan la salud mental dentro de su oferta de servicios. Esta estrategia responde a lo comprendido en capítulos anteriores sobre entender que la salud mental es un componente crucial del bienestar general, y no debe tratarse de manera aislada o secundaria en comparación con otras condiciones de salud física.

Una de las principales ventajas de esta inclusión va de la mano con uno de los principios que deben seguir las instituciones de salud pública según lo establecido en la Ley General de Salud: “Promover y desarrollar medidas para la toma de conciencia sobre la salud mental, la erradicación de estigmas y estereotipos [...] a fin de disminuir todo tipo de discriminación hacia la población usuaria” (Secretaría de Salud, 2022, p. 31). Para muchas personas, la barrera del estigma sigue siendo un obstáculo para buscar ayuda en centros especializados, y que estos servicios se integren en hospitales generales normaliza el cuidado de la salud mental como parte del proceso médico rutinario, reduciendo en la medida de lo posible el estigma asociado.

Además, como ya se mencionó, los centros de atención primaria no están disponibles en todas las alcaldías de la ciudad, por lo que esta integración favorece a aquellas personas que viven en zonas sin acceso a ellos o cuya vivienda se encuentre muy retirada de los mismos. La existencia de servicios de salud mental en hospitales generales significa entonces que incluso en entornos con menor posibilidad de acceso, los usuarios pueden recibir al menos una evaluación inicial y ser derivados a un tratamiento adecuado si es necesario. Los ejemplos de estas unidades son el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y la Unidad Médica Toxicológica Venustiano Carranza.

El Hospital General de México ofrece servicios de psiquiatría de enlace, psicogeriatría, paidopsiquiatría y psicología clínica. Aunque los niños, jóvenes y adultos son aceptados en los servicios de psicología clínica, lo realmente relevante de este hospital es la inclusión de la paidopsiquiatría, que se centra en la atención especializada para niños y adolescentes. Del mismo modo, un aspecto importante a considerar de este hospital es que, al menos para los servicios de salud mental, no contempla ningún modelo de internamiento, apegándose a la Ley General de Salud.

Por su parte, la Unidad Médica Toxicológica se enfoca principalmente en el tratamiento de adicciones, pero lo hace bajo el marco de la salud mental. Esta aproximación se debe a que las adicciones están catalogadas dentro del espectro de los trastornos de salud mental en el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, una clasificación que como ya se mencionó, si bien es ampliamente aceptada, no debe estar exenta de debate y crítica.

A diferencia de la inclusión de estos servicios en hospitales generales, que sirve como apoyo para reducir la estigmatización, en las clínicas de adicciones puede resultar contraproducente la existencia de estos, ya que al etiquetar las adicciones como trastornos de salud mental se puede estigmatizar aún más a las personas que luchan contra ellas, añadiendo otra capa de prejuicio social a una condición ya de por sí estigmatizada. Paradójicamente, esto podría dificultar que algunas personas busquen ayuda por temor a ser etiquetadas como enfermos mentales.

Pese a la crítica que se ha hecho en esta investigación a englobar estos problemas como uno solo (la salud mental y las adicciones), es importante reconocer que esta clasificación si ha permitido un enfoque más compasivo y basado en evidencia para el tratamiento de las adicciones, alejándose de modelos punitivos y moralizantes. En este sentido, la Unidad Médica Toxicológica, si bien prioriza el tratamiento de adicciones, también ofrece servicios de psiquiatría y psicología debido a la comorbilidad entre las adicciones y otros trastornos mentales; esto es de suma importancia si se pretende hacer algo ante la posible existencia de problemas de

salud mental subyacentes o concomitantes que puedan estar contribuyendo al problema de la adicción o surgiendo como consecuencia de ella.

Entre otros ejemplos de esta integración de la salud mental dentro de instituciones no especializadas, se encuentran las múltiples unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que ofrecen servicios de psicología en los tres niveles de atención mediante su Servicio de Atención Integral a la Salud Mental, implementado desde finales de 2022 por parte de IMSS Bienestar. En general, lo proporcionado por el IMSS se puede catalogar como acciones de prevención y promoción, y su propia página web aclara que estos servicios se brindan “en un nivel de atención no especializado, acorde al modelo básico, en la consulta externa, hospitalización y urgencias” (IMSS, s/f).

#### ***3.1.4 Líneas de Apoyo y Otras Instancias de Atención***

Por último, se encuentran las diversas instancias de apoyo que juegan un papel fundamental en la promoción y protección de la salud mental de los jóvenes. Las líneas telefónicas de ayuda, los centros de integración, los consejos ciudadanos y organizaciones como el Instituto Nacional de la Juventud conforman una red de seguridad vital para una población que, a menudo, no cuenta con los recursos, el tiempo o el conocimiento suficiente para recurrir a los servicios más especializados.

Estos servicios son esenciales para los jóvenes ya que ofrecen un espacio donde la inmediatez de la ayuda se combina con el apoyo especializado que necesitan y la facilidad de poder recurrir a ellos en cualquier momento y lugar. Además, estas organizaciones no solo actúan como un recurso de emergencia, sino que también desempeñan un papel proactivo en la educación, prevención y promoción de la salud mental.

La relevancia de la existencia de estas instancias se hace aún más grande cuando consideramos los desafíos únicos que enfrenta la juventud actual. Como se abordó en el primer capítulo, los jóvenes navegan un terreno emocional complejo y a menudo abrumador, por lo que comprender estas instituciones como recursos de

apoyo únicos que se adaptan y responden a nuevas realidades es fundamental para este estudio.

Aunque no son exclusivas de la Ciudad de México, existe una multiplicidad de entidades que ofrecen líneas telefónicas de ayuda dedicadas a brindar apoyo emocional y asesoría en temas de salud mental, destinadas a quienes atraviesan situaciones de crisis o buscan orientación psicológica. Para facilitar la comprensión y acceso a estos recursos, se presenta a continuación una tabla que agrupa y simplifica la información de las principales líneas telefónicas:

**Tabla 2. Líneas telefónicas de apoyo en Ciudad de México**

SERVICIO	ENTIDAD ENCARGADA	NÚMERO TELEFÓNICO
Línea de Atención Psicológica en Línea	<i>Centro de Integración Juvenil</i>	55-52-12-12-12
Línea de Atención Psicológica UNAM	<i>Universidad Nacional Autónoma de México</i>	55-50-25-08-55
Línea de Ayuda “Origen”	<i>Fundación Origen</i>	800-015-1617
Línea de La Vida	<i>Comisión Nacional contra las Adicciones</i>	800-911-2000
Línea de Seguridad y Chat de Confianza	<i>Consejo Ciudadano de la Ciudad de México</i>	55-55-33-55-33
Línea Prevención del Suicidio	<i>LOCATEL</i>	*0311 / 55-5658-1111
Línea UAM	<i>Universidad Autónoma Metropolitana</i>	55-58-04-64-44 / 55-25-55-80-92
Medicina a Distancia	<i>Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México</i>	55-51-32-09-09
Línea de orientación médica telefónica	<i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i>	800-2222-668 Opción 4 “Salud Mental”

Fuente: Elaboración propia con datos de distintas instituciones gubernamentales y autónomas.

Estos servicios de apoyo emocional pueden ser catalogados como un servicio de emergencia ya que se enfocan principalmente en asesorías psicológicas de una única ocasión, así como intervenciones en situaciones de crisis o como apoyo para la cesación del consumo de sustancias (recordemos que las adicciones también son contempladas como parte de este problema). No obstante, algunas de estas líneas contemplan de igual forma consultas terapéuticas personalizadas y con

seguimiento, y funcionan como mediadoras para la posterior canalización de los usuarios a centros especializados.

El anonimato y la confidencialidad que proporciona la utilización de estos servicios es algo igualmente valioso, pues no solo facilita el acceso a la ayuda, sino que también contribuye a normalizar la búsqueda de apoyo. Aquí, el anonimato asegura que la identidad y la privacidad de los usuarios permanezca protegida; como se mencionó en capítulos anteriores, esto es especialmente crucial para aquellos que temen el estigma social asociado a los problemas de salud mental. La confidencialidad por su parte garantiza que la información compartida por los usuarios no será divulgada, lo que refuerza la confianza en el servicio y en los funcionarios que los brindan.

En su mayoría, estas instancias de apoyo brindan servicio las 24 horas del día durante todo el año, exceptuando dos: la línea de la UAM, que atiende de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas, y funciona conforme al calendario escolar activo de la institución; y la línea telefónica de la UNAM, que atiende de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas.

Habría que mencionar que para los casos de estas dos instituciones (la UAM y la UNAM), estos servicios son la forma más básica en que las Universidades Autónomas brindan apoyo la población en general, aunque también cuentan con otros recursos cuyo enfoque se centra solamente en su comunidad. Por ejemplo, la Universidad Autónoma Metropolitana cuenta con el área de Orientación Educativa, que brinda apoyo psicológico mediante el “Programa Emergente de Atención Psicológica”, para el que abre múltiples convocatorias y que está destinado exclusivamente a su comunidad universitaria.

Por su parte, la UNAM cuenta con más líneas telefónicas reservadas para su comunidad, además de distintas opciones de apoyo psicológico que distinguen entre Facultades (derecho, economía, etc.), entidades universitarias (FES, ENEO), y entre si el servicio está dirigido a alumnos, directivos, profesores o personal en general.

Al igual que estos, existen otros recursos que ofrecen apoyo sin estar directamente vinculados a centros especializados, como la Asociación Mexicana de Suicidología, el Instituto de la Juventud (INJUVE), la Comisión Nacional de las Adicciones (CONADIC), la Secretaría de las Mujeres, o la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM).

Estas entidades, aunque no sean parte del sistema de salud tradicional, aportan de manera significativa al bienestar emocional, ayudando a las personas a enfrentar y manejar sus problemas de salud mental mediante terapia psicológica, orientación legal, consultoría, prestación de servicios, intervención en crisis, entre otros servicios.

La Asociación Mexicana de Suicidología emite recomendaciones generales ante problemas de SM, además de una breve guía de acción en caso de que el usuario o sus conocidos se encuentren en una situación en la que tengan pensamientos suicidas. Adicionalmente, cuenta con un listado telefónico de emergencias o ayuda psicológica dividido por entidad federativa.

En cuanto a las comisiones, la CONADIC, además de ser la encargada de la Línea de la Vida, también sirve como un referente de información sobre salud mental y adicciones; asimismo, cuenta con centros de tratamiento para adictos a sustancias. Por su parte, la CONAVIM, pese a ser una instancia orientada al apoyo y defensa de las mujeres, también brinda servicios de orientación legal y terapia gratuita.

El INJUVE, en particular, merece una mención especial por su enfoque en la población joven; la adolescencia y la adultez temprana son etapas críticas en el desarrollo emocional y psicológico, y contar con recursos especializados para este grupo demográfico es invaluable. Ya que los jóvenes enfrentan desafíos únicos en la era digital, este instituto busca ofrecer atención y orientación mediante el uso de redes sociales. Anteriormente también brindaba servicios de consulta psicológica en casos de depresión y adicciones para jóvenes mediante el nombrado “Hospital de las Emociones”, sin embargo, desde el 2021 no brinda atención médica y es casi nula la información que señala que este lugar se encuentra fuera de servicio.

La Secretaría de Mujeres cuenta con el programa LUNAS, el cual está enfocado acciones de prevención y atención de la violencia de género, pero también ofrece orientación psicológica personalizada para que cada mujer usuaria cuente con herramientas y apoyo que le permitan dar pasos hacia una vida libre de violencia. En total, en la Ciudad de México existen 27 sedes que también ofrecen servicios de asesoría legal.

A diferencia de las líneas telefónicas, que se centran en el apoyo inmediato en crisis, estas instituciones desempeñan un papel fundamental en la educación y concientización sobre la salud mental; por medio de campañas informativas, talleres y programas comunitarios, ayudan a desmitificar los trastornos mentales y promueven una comprensión más profunda del bienestar emocional. Debido a esto, la información que obtienen a través de sus interacciones con las y los usuarios sirve más para la posterior creación de políticas públicas efectivas y para ayudar a identificar tendencias emergentes en salud mental.

### **3.2 Evaluación de Disponibilidad, Accesibilidad y Barreras de los Servicios**

Antes de comenzar a evaluar si los servicios de salud mental en la ciudad son accesibles para los jóvenes, es importante abordar primero el marco normativo que los regula, el cual ya fue establecido en el apartado 2.3, pero para el cual no se realizó una crítica objetiva en ese momento. Este primer análisis de las leyes y políticas sobre las cuales operan estos servicios es importante para descubrir si todo este marco es o no adecuado y funcional, ya que, de no ser así, todo el sistema puede estar fallando en proporcionar el apoyo necesario a la población.

Intentando comprender entonces si la normativa actual realmente facilita el acceso a estos servicios para la población joven, hay que destacar que las leyes vigentes consideran a la salud mental como un servicio de salud básico dentro del cual se tienen que contemplar especialmente a los grupos vulnerables, como lo son los jóvenes.

Sin embargo, al momento de recabar la información necesaria sobre cómo se toma en cuenta esta población dentro de las leyes, programas y políticas, un aspecto



preocupante que se encontró fue la fragmentación normativa que existe. Ya se había comentado que la existencia de múltiples marcos normativos específicos para cada programa o política relacionada a la salud mental puede llevar a una duplicación de esfuerzos, inconsistencias en la atención y un uso ineficiente de los recursos. Sin embargo, no se había mencionado que esta fragmentación también provoca un círculo de referencia entre normativas, es decir, algunas políticas se basan en marcos normativos que a su vez se remiten a otros, sin siempre alinearse con las mismas leyes.

La falta de un marco legal común crea inconsistencias en la interpretación y aplicación de las políticas, ya que algunas como la Ley General de Salud, se apoyan en otras normativas que promueven ciertos derechos, pero que tienen enfoques diferentes a los que se supone se intenta apegar. Para comprender mejor este ejemplo, recordemos que la LGS si hace énfasis en priorizar dentro de los servicios de salud mental a poblaciones vulnerables como los jóvenes, y fundamenta su existencia con la Constitución Mexicana, esto pese a que la Constitución no menciona ni una sola vez a la salud mental, y que en las cinco ocasiones en que hace referencia a los jóvenes, lo hace en el contexto de educación, nutrición y de igualdad ante la ley, nunca de salud mental.

Aun así, es necesaria la existencia de estas normativas, pese a que puedan ser incongruentes entre sí, y para el reconocimiento de las necesidades específicas de la atención a la salud mental de los jóvenes, es grato que existan normas específicas como las de la Ley General de Salud, en conjunto con la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que reconoce a los jóvenes como sujetos plenos de derecho.

Otra situación encontrada que se tiene que mencionar es que la incorporación de los principios del gobierno actual en los programas de salud mental, como la austeridad, puede resultar contraproducente. Si bien la intención de combatir la corrupción es loable, la aplicación de medidas de austeridad en un sector ya de por sí subfinanciado podría comprometer la calidad y accesibilidad de los servicios. De

esto ya se habló en su momento, por lo que no se abordará a profundidad en este análisis.

A grandes rasgos, lo que falta notablemente en este marco normativo es un enfoque más específico y detallado sobre las necesidades de salud mental de los jóvenes. Se requieren más programas y políticas que aborden de manera integral los desafíos únicos que enfrenta esta población, considerando factores como la presión académica, el uso de redes sociales, la formación de identidad y la transición a la vida adulta, además de que se debería de delimitar mejor dónde termina un problema y empieza otro.

Partiendo de esta última idea, y como se mencionó en apartados anteriores, un problema que se identificó al indagar dentro de este marco normativo es la tendencia que se tiene a englobar o generalizar dentro de las políticas y programas, algo que ya se había mencionado pero que es necesario añadirle algunas ideas.

Para empezar, se debe retomar la idea de que las necesidades específicas de los jóvenes se diluyen al ser englobadas en categorías más amplias. Un ejemplo evidente de esto se encuentra en el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, donde los jóvenes son mencionados de manera limitada y principalmente en el contexto de la prevención del consumo de drogas, sin un enfoque sustancial en su salud mental general.

Dentro de este programa, esto puede llevar a una subestimación de la gravedad de ciertos problemas de salud mental diferentes al de las adicciones y que son particularmente prevalentes entre la población joven, como bien podrían ser los trastornos alimenticios, la ansiedad social relacionada con las redes sociales, el impacto del acoso escolar o incluso el suicidio, los cuales podrían no recibir la atención necesaria si se abordan desde una perspectiva demasiado general.

Si bien la salud mental y las adicciones son consideradas un solo problema, ya que los adictos son considerados como personas con trastornos mentales, no se podría decir que los enfermos mentales también son adictos; por lo que la creación de políticas que intenten satisfacer las necesidades de ambos grupos al mismo tiempo

solo entorpece la atención que podrían recibir. Esto además ignora que ambos problemas tienen características, causas e intervenciones diferentes.

Son pocas las leyes o programas que toman en cuenta a este grupo demográfico, lo que ocasiona que los jóvenes a menudo se encuentren en una zona gris entre los servicios pediátricos y los servicios generales, por lo que es un gran problema que estas leyes no hayan sido modificadas para darle solución.

Otro ejemplo de esto se mencionó en el apartado dedicado a la Ley General de Salud, que establecía que los servicios de salud pública deben priorizar a los grupos vulnerables, pero al definir a estos, vuelve a caer en la generalización, ya que además de los niños y jóvenes, incluye también a “mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad, indígenas, afromexicanas, personas en situación de calle y pobreza, migrantes, víctimas de violencia y personas discriminadas por su orientación sexual o su identidad de género” (Secretaría de Salud, 2022, p.31).

Aunque bien intencionada, la idea de establecer como prioritarios a tantos grupos puede paradójicamente resultar en una falta de atención efectiva para todos. Para evidenciar esto, intentemos desglosar la cantidad de ciudadanos que deberían ser priorizados bajo esta idea:

- Según datos del INEGI (2020), en el 2020 había un total de 9,209,944 personas en la Ciudad de México, de las cuales un 52.2% (equivalente a 4,805,017 personas) eran mujeres.
- De la población total de la Ciudad de México en el 2020, el 16.3% eran personas de la tercera edad, es decir, un aproximado de 1,501,221 personas.
- El censo poblacional del INEGI muestra que el 8 % de los habitantes de la Ciudad de México (casi 800,000 personas) sufren de alguna discapacidad.
- En la Ciudad de México hay más de 125,153 personas indígenas (un 1.3% de la población) y 186,914 personas afromexicanas (2% de la población).
- Según los datos proporcionados en el “Censo de Personas en Situación de Calle de la Ciudad de México”, a cargo de la Secretaría de Bienestar e

Igualdad Social, hasta marzo de 2024 había un total de 1,124 personas en situación de calle en la Ciudad de México.

- El CONEVAL (2022), señala que hay más de 2,230,100 personas en la Ciudad de México que viven en situación de pobreza (24.2%).
- Según los datos presentados por el INEGI (2022) en la Encuesta Nacional Sobre Diversidad Sexual Y De Género 2021, hay más de 311,000 personas que son miembros de la comunidad LGBTI+ (3.4% de la población).
- Según el INEGI (2020), un 20.6% de la población de la Ciudad de México, se encontraba en rangos de edad de entre 14 a 29 años en el año 2020.

Como se puede apreciar, aún si individualmente algunas de estas poblaciones son minorías, cuando se analizan como un conjunto representan a más de la mitad de la población de la Ciudad de México, por lo que al designarlas a todas como prioritarias, en realidad ninguna de ellas logrará recibir la atención focalizada que necesita. Si se prioriza a tantas personas, realmente los únicos que están siendo excluidos bajo este lineamiento son los hombres heterosexuales mayores de 30 años y menores de 60, que no sean migrantes o afroamericanos y que no se encuentren en situación de pobreza. Aunque sigue siendo una cantidad importante, ya no es tan significativa en comparación con la cantidad de personas en situación de vulnerabilidad a las que se debe priorizar.

El resultado es un sistema que, en su intento de ser inclusivo, se vuelve ineficaz para abordar las necesidades específicas de cada grupo y que además es incapaz de abordar en profundidad los desafíos únicos que enfrenta cada población. De seguir así, esto podría llevar a una competencia contraproducente entre diferentes grupos por recursos limitados, en lugar de fomentar un enfoque colaborativo y holístico de la salud mental.

Esta priorización excesivamente amplia también podría complicar la implementación y evaluación de políticas, ya que dificultaría aún más el proceso de medir el impacto real en cada grupo y ajustar los programas según sea necesario, por lo que se corre el riesgo de crear políticas que, en su intento de ayudar a todos, terminen sirviendo a nadie. En última instancia, esto puede perpetuar las mismas

desigualdades que pretende abordar, ya que los grupos que realmente necesitan atención urgente y específica pueden quedar desatendidos.

Entrando al análisis de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, la investigación previa arroja como resultado que la Ciudad de México destaca por contar con una amplia variedad de opciones en el sector público, ya que cuenta con una red diversa de servicios que incluye hospitales especializados, centros de salud, atención dentro de hospitales generales y una creciente oferta de líneas de ayuda o recursos ajenos a los servicios tradicionales de salud. Esta diversidad permite que los usuarios accedan al servicio que más se adecúe a sus necesidades y sus recursos.

Si bien la cantidad de servicios no parece ser el problema inicial, si se tienen que comenzar a identificar las situaciones que entorpezcan la accesibilidad, uno de los problemas principales es la distribución geográfica de los mismos. El caso más notorio es el de los hospitales o instituciones especializadas, cuya ubicación pareciera privilegiar exclusivamente a las personas usuarias de la alcaldía Tlalpan, pues de siete instituciones mencionadas en el punto 3.1.1 de esta investigación, cinco de ellas se encuentran en esta alcaldía, cerca de la coloquialmente llamada “zona de hospitales”, como se muestra en el anexo 2.

Si bien esta zona de la ciudad se caracteriza por contar con una gran cantidad de hospitales especializados en múltiples áreas de la salud, es problemático que la mayoría de las instituciones de salud mental se concentren aquí y no estén distribuidas equitativamente por toda la Ciudad de México. En primera instancia, esto genera una barrera de acceso para los usuarios que viven en otras zonas de la ciudad, sobre todo a quienes residen en áreas más alejadas o con menores recursos, por lo que una problemática presente, pero en la que no se suele hacer mucho énfasis, es que el desplazamiento a Tlalpan puede ser complicado y costoso, principalmente porque esta sección no está del todo incorporada dentro del sistema de movilidad de la CDMX, y por ende, no cuenta con una estación cercana del Sistema de Transporte Colectivo (Metro) o del Metrobús, lo que implica mayores

tiempos de traslado y limita la posibilidad de recibir atención a tiempo o de manera regular.

No se niega de ningún modo que existen otros hospitales especializados en la ciudad, pero la información de estos es tan limitada que resulta difícil saber su disponibilidad, por lo que los establecidos en Tlalpan, además de parecer que son a los que el Gobierno de la Ciudad de México les hace mayor promoción, también resultan los más cómodos en términos de accesibilidad por la cercanía que tienen entre sí.

A esto hay que añadir la idea de que la concentración de servicios en el área podría generar sobrecarga en estas instituciones, reduciendo así la calidad y rapidez de la atención que brindan; motivo por el cual, pese a no ser instituciones especializadas, si se ha buscado implementar otros servicios de salud mental en las diferentes alcaldías de la Ciudad de México, por lo que, en teoría, no se le está negando la oportunidad a otras personas usuarias de recibir atención en su entorno local. Planteada esta idea, es necesario mencionar que la implementación de los más de 100 centros de salud en los cuales se brindan estos servicios es crucial para fomentar la atención preventiva e inmediata.

Esta extensa red de centros de salud es de vital importancia para garantizar el acceso a servicios básicos de salud mental (y salud en general), sin embargo, aunque intenta garantizar el acceso igualitario para todas las comunidades de la ciudad, sufre del mismo error que los hospitales en su estructura geográfica. Para entender esto, basta con fijarse en la ausencia de estos centros en las alcaldías Benito Juárez, Coyoacán y Cuajimalpa, misma que crea disparidad en el acceso a los recursos esenciales para el bienestar de la población. Aunque si cuentan con otro tipo de servicios, sobre todo del sector privado, la inexistencia de estos centros de salud implica que las personas usuarias de estas alcaldías tienen menos oportunidades gratuitas de recibir atención psicológica o psiquiátrica sin recurrir a desplazarse a otras zonas de la ciudad.

Esta barrera geográfica afecta de manera desproporcionada a quienes tienen menos recursos económicos, perpetuando la desigualdad en el acceso a la atención

sanitaria. Teniendo en cuenta que estos centros de salud funcionan especialmente para la prevención e intervención temprana, se puede decir que su ausencia incrementa la vulnerabilidad de las personas con problemas de salud mental y exacerba las desigualdades en la atención. En general, esto es un recordatorio de que, a pesar de los avances, la distribución equitativa de servicios sigue siendo un desafío importante que debe ser atendido y que ha sido ignorado por años.

Otro problema que ha estado presente en los servicios de salud mental es la estigmatización o la discriminación de los usuarios; por lo que la integración de estos servicios en hospitales generales o instituciones de salud pública no especializadas es un paso significativo para la normalización de este tipo de salud. Pese a que la capacidad es limitada en comparación con otras instancias de apoyo, esta integración no solo acerca los servicios a más personas, sino que también ayuda a normalizar la atención en salud mental al colocarla en el mismo nivel que otros servicios médicos.

Esto es especialmente importante ya que, como se mencionó en capítulos anteriores, la atención a la salud mental en México estuvo marcada por el aislamiento y la marginación de las personas con trastornos mentales, y las pocas instituciones dedicadas a atenderlas (los antiguos manicomios o asilos mentales) estaban caracterizadas por condiciones precarias y tratamientos cuestionables. En retrospectiva, la actual oferta de servicios refleja una evolución en la atención que se le brinda a los usuarios, que busca alejarse de los enfoques estigmatizantes que fueron durante mucho tiempo la principal respuesta a los problemas de salud mental.

Pese a que sería muy difícil hablar de la calidad de todos los servicios, la cantidad de estos no es algo que se cuestione, ya que incluso si los servicios básicos no pueden atender a toda la población, existe una multiplicidad de recursos complementarios como las líneas telefónicas de ayuda, que en lugar de enfocarse en brindar un tratamiento completo o a largo plazo, ofrecen apoyo inmediato y contención en situaciones urgentes, siendo cruciales en momentos donde se necesite un recurso accesible y rápido. Si se administran de manera adecuada,

estos recursos podrían ser un puente que lleve a las personas a buscar ayuda más especializada, como la terapia presencial o el tratamiento psiquiátrico, y si bien no reemplazan la atención integral que ofrecen los centros de salud o las instituciones especializadas, su capacidad para actuar en momentos de crisis es innegable.

En el contexto de los jóvenes, es de suma importancia que se mejoren continuamente estos recursos para poder brindar un apoyo que se adecúe a las necesidades y medios de la juventud. Los jóvenes son nativos digitales y a menudo están más abiertos a nuevas formas de intervención en salud mental, pero es más probable que utilicen estos servicios si cuentan con la información necesaria sobre su funcionamiento y si esta información, a su vez, es accesible dentro de los medios que ellos utilizan frecuentemente, como las redes sociales o los recursos digitales. Si se reconocieran y abordaran de manera específica, las características únicas de los jóvenes podrían ser aprovechadas para desarrollar enfoques innovadores y mucho más efectivos.

Cuando se busca información sobre estos recursos, los primeros resultados arrojados son todas las líneas de atención mencionadas en el apartado 3.1.4 de esta investigación, y para asegurar que este análisis esté basado en datos concretos, se realizó contacto directo con cada una de ellas para evaluar de primera mano la calidad del servicio, la rapidez de respuesta y si es tan accesible como debería ser, todo con la intención de comprender mejor su funcionamiento real y el impacto que tienen en quienes recurren a ellas en busca de ayuda.

Desgraciadamente, desde el primer momento en que se recurrió a estos servicios se empezó a contradecir la información recabada cuando se realizó la investigación, siendo uno de los primeros ejemplos la línea de atención psicológica que se encuentra a cargo del Centro de Integración Juvenil (CIJ). La información sobre este servicio es muy difícil de encontrar, ya que la página web del CIJ cuenta con un directorio muy breve y, aunque si explica los distintos servicios que ofrece y los medios para ponerse en contacto, no señala un horario de atención ni un calendario laboral. Luego de llamar al número telefónico que brinda la página (véase anexo 3), un sábado a las 10:00am, un mensaje automático se hizo notar, el cual aclaró que



en ese momento no se encontraban disponibles e invitaba a volver a comunicarse dentro del horario de atención, el cual es de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas. De nueva cuenta, vale la pena aclarar que la página web oficial no indicaba eso.

Aunque posteriormente se encontró que la página de Facebook del CIJ es muy activa, y entre sus publicaciones se encontraron fotos indicando el horario de atención telefónica, el simple hecho de que tenga un horario tan limitado y no se encuentre en servicio los fines de semana es más que suficiente para descartarla como un servicio de emergencia, pero sigue siendo un recurso muy valioso para brindar información y que invita a la comunidad joven a participar en su cuidado personal.

La línea de la Universidad Nacional Autónoma de México sufre de este mismo problema, ya que su horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas, por lo que tampoco debería ser considerada como un recurso de emergencia. Sin embargo, días posteriores se volvió a intentar contactar a este medio y su atención fue rápida e invitaba al usuario a ser canalizado a la instancia de atención de su facultad (en caso de ser alumno adscrito a la universidad), por lo que en cierta medida prioriza a su comunidad universitaria, aunque no niega el servicio a externos.

Uno de los resultados sorprendentes fue el de la línea telefónica de la fundación “Origen”, la cual es una ONG cuya página informativa asegura que brindan atención las 24 horas del día durante todo el año, lo cual fue comprobado de primera mano. Al contactar con uno de sus “especialistas” (como los nombra la contestadora automática), se le explicó que la llamada no se trataba de una situación de crisis y que la intención no era desperdiciar recursos que podría utilizar otro usuario, pero que era importante para este estudio contar con información real sobre su proceso de atención. La persona en cuestión brindó información relevante sobre los servicios que proporcionan, el acompañamiento legal que se ofrece a los usuarios y aclaró que el equipo detrás de la línea está conformado por psicólogos y abogados con experiencia. En resumen, este servicio es muy útil y puede ser incluido en las líneas de emergencia en caso de crisis, ya que brinda acompañamiento, asesoramiento y

canalización oportunos a los usuarios de todas las edades que estén dispuestos a ponerse en contacto.

El caso de la “Línea de la vida” es uno en el que cuesta mucho trabajo mostrar imparcialidad, ya que basado en experiencias previas, el servicio es muy precario. No obstante, durante la recolección de datos para esta investigación se pudo notar una gran mejoría respecto a consultas realizadas anteriormente; al contactar con esta línea, una de las primeras cosas que destacan es que la contestadora te avisa que en caso de requerir otro tipo de servicios te comuniques con el 911 y no con esta línea, además de que brinda diferentes opciones según lo que necesite el usuario, siendo estas: 1) atención sobre el abuso de sustancias, 2) información sobre algún malestar emocional, 3) atención por algún problema de violencia o 4) si se requiere presentar alguna queja sobre el servicio. Esta opción sigue siendo una de las más importantes para los usuarios de todas las edades que requieran apoyo, y es de las más accesibles ya que se encuentra en funcionamiento las 24 horas del día los 365 días del año.

La línea de seguridad del Consejo Ciudadano de la Ciudad de México fue la que más rápido atendió la llamada, pues contacta inmediatamente con su servicio de emergencias que brinda apoyo psicológico y, según la persona que atendió, también dan asesoría legal e información sobre cómo actuar ante la presencia de crímenes violentos, secuestros, acoso, maltrato infantil, entre otros.

Uno de los resultados más desalentadores es el de la línea de prevención del suicidio de LOCATEL, la cual no solo es deficiente, sino que según los datos recabados ni siquiera existe o no se encuentra en funcionamiento. La página del Gobierno de la CDMX invita a los usuarios que requieran asesoría psicológica de una sola vez, o servicios terapéuticos ante situaciones de crisis, a marcar al \*0311 y solicitar el servicio psicológico, sin embargo, al realizar la llamada correspondiente, las únicas opciones que ofrecen son: 1) reporte de personas no localizadas, 2) información de trámites que realizan las dependencias de la Ciudad de México, 3) la “línea mujeres” (que atiende casos de violencia de género), 4) información sobre el programa “hoy no circula” o de verificación vehicular, y 5) hablar

con un operador de contacto ciudadano. Al seleccionar esta última opción, esperando que el operador diera informes sobre los servicios terapéuticos, la línea telefónica se mantuvo en espera 5 minutos y posteriormente la llamada finalizó por sí misma, por lo que este servicio además de no funcionar como línea de emergencia ante situaciones de crisis psicológicas, parece tampoco servir para el resto de servicios que ofrece, y es preocupante que el Gobierno de la CDMX le haga tanta difusión al acompañamiento que esta instancia no ofrece realmente.

Medicina a Distancia, un servicio que brindaba la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México, parece haberse descartado y no estar en funcionamiento, se incluyó en apartado 3.1.4 de este trabajo puesto a que al buscar información actualizada sobre apoyo psicológico vía telefónica, este seguía figurando en directorios del 2022, aunque el último reporte del Gobierno de la CDMX sobre este servicio data del 2017. Al intentar contactar con este servicio, se descubrió que el número telefónico señalado en las páginas de internet ya no existe o no está en funcionamiento.

Por último, el servicio de orientación médica telefónica del IMSS también atendió de manera efectiva, confirmando que se encuentra en funcionamiento las 24 horas del día, durante todo el año, incluyendo días festivos. El servicio que se otorga en salud mental es más de orientación que de tratamiento, sin embargo, durante la llamada ofrecen la posibilidad de ser canalizado a algún servicio presencial especializado o brindar acompañamiento, y aunque si brinda atención accesible en todo momento, está algo lejos de ser similar a los servicios de emergencia más importantes.

Junto a estas líneas, surgen otra serie de servicios de apoyo que no están vinculados directamente a instancias especializadas, pero que representan un gran avance para la prestación de servicios accesibles. Sin embargo, este avance no ha sido uniforme. A lo largo de esta investigación, se encontró que algunos de los servicios a los cuales todavía se les hacía promoción hace un par de años ya no existen; el cierre del "Hospital de las Emociones" del INJUVE, por ejemplo, subraya que aún persiste la tendencia a descartar servicios de que si son de utilidad pero que no tienen el alcance esperado por el gobierno.

Además, hablando de la disponibilidad de servicios de salud mental específicos para la población joven, esta parece limitada y no va más allá de los pocos ejemplos en los que se hizo hincapié en este subcapítulo. El problema aquí es que, dado a que la intervención temprana es crucial en la salud mental, esta aparente brecha en servicios especializados para jóvenes es preocupante.

Pongamos de ejemplo el programa LUNAS de la Secretaría de Mujeres, que demuestra que si es posible mejorar la disponibilidad de servicios para grupos específicos. Su enfoque, que reconoce las necesidades únicas de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, es admirable para la realización de políticas públicas. Sin embargo, trae consigo una interrogante mayor, y es que, si ya se demostró que es posible su implementación, ¿por qué no se busca la creación de programas similares para otros grupos vulnerables? Como la comunidad LGBT, las comunidades indígenas urbanas, o en este caso, los jóvenes.

Pese a que existen fallas considerables, el análisis realizado hasta este punto señala que la tendencia general de la atención a la salud mental en la Ciudad de México ha sido hacia una mayor especialización, descentralización y humanización de los servicios, y que la accesibilidad y disponibilidad podrían mejorar. Sin embargo, para poder emitir recomendaciones puntuales y adecuadas, sería fundamental incluir las perspectivas de algunos usuarios de estos servicios, con el objetivo de identificar patrones y temáticas recurrentes que contribuyan a enriquecer estas ideas.

Dicho esto, se planteó realizar una serie de entrevistas a los usuarios de algunas de estas instituciones, permitiendo examinar de manera detallada las experiencias, opiniones y percepciones de los participantes. Para decidir a qué instituciones se iba a recurrir, se consideró en primer lugar la practicidad que representaría realizarlas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, ya que ambos se encuentran en la misma avenida (San Fernando, Tlalpan) y a pocos metros de distancia, lo que facilitó la logística de llevar a cabo el estudio de manera eficiente en términos de tiempo y

recursos. Sin embargo, posteriormente se consiguió entrevistar a usuarios de otras instancias de apoyo.

A pesar de no ser representativas de toda la ciudad o todos los usuarios de estos servicios, las entrevistas realizadas proporcionaron una base inicial para comprender cómo es considerada la accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios y qué patrones, problemas o prácticas parecen coincidir en estas instituciones, así como si estos resultados confirmaban o desmentían lo planteado en el análisis previo.

Se plantearon entonces 12 preguntas que indagaban sobre la perspectiva de los usuarios sobre la disponibilidad, el acceso a la información, la calidad de los servicios y sus barreras económicas y sociales (véase anexo 4).

Aunque los entrevistados se encuentran en edades de entre 18 a 26 años, todos afirmaron haber comenzado a utilizar estos servicios desde años atrás, y dentro de sus experiencias, el problema más evidente ha sido la dificultad para obtener atención oportuna. Una de sus quejas más comunes es la de los tiempos de espera, que pueden extenderse desde semanas hasta meses, y que han representado un gran obstáculo en su búsqueda de ayuda.

Una situación en la que se presentaron puntos de vista muy diferentes es la de la situación económica; a pesar de que los servicios públicos son gratuitos o de bajo costo, cuatro de los seis entrevistados mencionaron la existencia de costos monetarios adicionales que dificultan el acceso a los servicios, mientras que los otros dos, al vivir en contextos diferentes, han podido optar por la utilización de recursos del sector privado en cualquier momento que lo necesiten. Los primeros consideran que, si bien el sector privado ofrece una alternativa más rápida y de mejor calidad, sus servicios son prohibitivamente costosos, lo que crea un dilema entre esperar por atención pública potencialmente inadecuada o incurrir en gastos significativos para recibir atención privada más oportuna.

Un factor negativo que ya se esperaba a lo largo de esta investigación y que se pudo corroborar con estas entrevistas, es que el estigma social y familiar es otro

obstáculo importante para la accesibilidad. Las percepciones que tienen los círculos sociales de estos usuarios sobre la salud mental son erróneas, como la idea de que los problemas mentales son exclusivos de la gente económicamente estable, o que las personas que acuden a estos servicios están locas. Pero a esto se suman casos específicos como el de la primer entrevista realizada (véase anexo 5), que asegura que este estigma existe incluso dentro de los servicios, y que parte del personal de salud minimiza los problemas de salud de los pacientes.

Esta deficiencia en la calidad y actitud de los profesionales de salud también juegan un papel crucial en el acercamiento que tienen los jóvenes hacia estos servicios, ya que las interacciones negativas podrían crear cierto nivel de desconfianza en el sistema de salud que lleve a los usuarios a abandonar el tratamiento o a evitar buscar ayuda en el futuro.

La falta de información clara y orientación adecuada sobre los servicios de salud mental disponibles representa otra barrera significativa. Todos las entrevistas arrojan como resultado que es muy difícil obtener información sobre dónde o cómo buscar ayuda, o a qué tipo de servicios necesitan acercarse. A consideración de los usuarios, únicamente es fácil acceder a estos recursos cuando ya hay un profesional de por medio, el cual sepa a dónde canalizarlos según sus necesidades específicas; pero en general, la falta de información adecuada es un desafío que ha obstaculizado su obtención de ayuda.

Un resultado curioso (a falta de una mejor expresión) es que, aunque si se llegaron a mencionar situaciones de crisis, como lo son los intentos de suicidio, casi ninguno de estos usuarios afirmó haber utilizado algún servicio de emergencia, lo que por sí mismo refleja una desconexión importante entre la disponibilidad de estos recursos y su utilización real en momentos críticos.

De nueva cuenta, hace falta mencionar que estas entrevistas de ningún modo son representativas de todos los usuarios de la Ciudad de México, ya que la Secretaría de Salud (2024) ha mencionado que tan solo en el 2023 se atendieron a más de 56,060 personas en todo México, de las cuales un 22.38% eran de la capital.

Una posible explicación a lo obtenido en las entrevistas podría ser la falta de confianza que se tiene por estos servicios. Algunos entrevistados, por ejemplo, mencionaron sentirse insatisfechos con la atención recibida, percibiéndola como invasiva o temporal, lo que podría desalentar su uso en situaciones de emergencia. Aunado a esto, la falta de difusión o conocimiento sobre su existencia o funcionamiento puede estar contribuyendo a que las personas no las vean como una opción viable.

En términos generales, las barreras en la accesibilidad a los servicios con las que se enfrentan los usuarios son principalmente económicas, pero también influye mucho la falta de información, el estigma asociado a la salud mental, la baja calidad de los servicios, la ubicación de estos, y los largos tiempos de espera que tienen. Aunque la Ciudad de México ha realizado avances significativos en la provisión de servicios de salud mental accesibles, aún existen desafíos importantes para los jóvenes (y otras poblaciones) al intentar utilizarlos.

## **Conclusiones**

En virtud de lo presentado hasta este momento, es claro que la salud mental en la Ciudad de México ha evolucionado mucho en las últimas décadas, aunque también ha estado marcada por muchos problemas que persisten hasta el día de hoy. Regresando brevemente a la hipótesis planteada, la cual aseguraba que los jóvenes tienen acceso a una multiplicidad de servicios orientados a atender problemas de salud mental, pero que este acceso se veía sesgado debido a la mala distribución de recursos, la falta de información oportuna y la sobrecarga de los servicios, se puede concluir que esta se ha comprobado a lo largo de este trabajo.

Además de las esperadas, otras fallas más se fueron presentando durante la recopilación de los datos necesarios para la construcción del marco normativo, donde se identificó que la población joven, aunque si es mencionada en algunos instrumentos legales, todavía es muy poco considerada al momento de desarrollar políticas de salud mental, lo que sugiere que el reconocimiento formal de la juventud como un grupo vulnerable no implica que se esté haciendo un esfuerzo para atender sus necesidades específicas.

Habiendo aclarado que la accesibilidad a los servicios enfrenta desafíos desde su misma estructura, se recabó la información necesaria para saber entonces qué servicios existen actualmente en la ciudad y, aunque si se encontró una gran variedad de recursos que abarcan todos los niveles de atención, las debilidades de estos radican en su mala distribución geográfica, la baja calidad del servicio prestado, la poca profesionalidad por parte del personal, y la saturación de los servicios, que ocasiona grandes tiempos de espera.

En lo relacionado al objetivo general de la investigación, que buscaba prestar especial atención a los aspectos que influyen en la accesibilidad, se encontró que lo social, lo económico e incluso lo político influyen en la salud mental y, por tanto, depende de estos el cómo los jóvenes entienden su salud y determina si podrán utilizar los recursos disponibles.



En último término, se puede afirmar que factores como la falta de sensibilización sobre la importancia de la salud mental, la escasa información respecto a los recursos existentes, la estigmatización aún asociada con la búsqueda de ayuda, y todos los problemas identificados al considerar la perspectiva de los usuarios, pueden ser factores que limiten el acceso a los servicios disponibles, no necesariamente porque impidan directamente utilizarlos, sino porque obstaculizan que los usuarios jóvenes quieran acercarse a ellos.

Como parte de este último componente, también es necesario emitir una serie de recomendaciones que aborden cada una de las dificultades identificadas durante esta investigación, orientadas a mejorar la accesibilidad, calidad y eficacia de los servicios de salud mental, así como a mitigar el impacto del estigma social y económico que enfrentan los usuarios.

En primer lugar, en lo que respecta a la falta de mayor visibilidad de los jóvenes dentro de las leyes, programas y políticas, está claro que modificar la normatividad vigente es un proceso que, aunque deseable, es muy complejo de realizar en el contexto actual. La mayoría de los instrumentos legales mencionados en apartado 2.3 parecen estar diseñados para abarcar situaciones generales, por lo que introducir regulaciones para grupos específicos requeriría primero de un mayor reconocimiento de sus particularidades.

Más allá de la existencia de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la limitada inclusión de los jóvenes dentro de otros instrumentos legales, debería de haber un proceso de concientización en lo gubernamental y lo legislativo sobre las necesidades específicas de los grupos vulnerables. Ya se mencionó que casos como el de LUNAS muestran que es posible desarrollar políticas públicas con enfoques específicos para ciertos sectores poblacionales, por lo que, para ser realmente efectivas, las políticas en materia de salud mental deben establecer mejor la manera en que se va a priorizar el servicio, con la esperanza de que este pueda estar tener un impacto real y medible en cada uno de estos grupos.

Esto no significa ignorar al resto de la población, ni tampoco privilegiar acciones específicas como llegó a señalar la Ley General de Salud, sino más bien adoptar un

enfoque más estratégico y escalonado que pueda abordar de manera más efectiva las necesidades de salud mental de todas las personas vulnerables sin reducir el servicio brindado a la población general.

Otra recomendación que surge de una de las críticas anteriores es separar a la salud mental y a las adicciones, ya que englobarlas como un solo problema ignora las características, causas y tratamientos específicos de ambos temas.

En términos de accesibilidad, partiendo de las recomendaciones y problemáticas que señalaron los usuarios entrevistados, es necesario que se realice una mayor difusión sobre los servicios disponibles dentro de los espacios más frecuentados por los jóvenes. Una crítica que se hizo sobre esto es que los recursos digitales son muy deficientes e inconsistentes, algunas instituciones se apegan estrictamente a las páginas gubernamentales, mientras que otros servicios optan por publicar su información en redes sociales. La información de algunos recursos es tan limitada e inaccesible que parecen ya no estar en servicio, algunos otros parecen tener información actualizada, pero ya no existen. Hacer esta información más accesible y mantenerla actualizada es fundamental para que los jóvenes y otros grupos vulnerables puedan emplear los servicios que mejor se adapten a sus necesidades.

Otra recomendación es realizar más acciones de prevención, algunas perspectivas de los usuarios han dejado claro que sumado a que la información es poco accesible, esta no es la suficiente como para lograr que la salud mental cobre una mayor relevancia. Muchas instituciones, como los centros de salud, ofrecen una gran cantidad de información sobre la salud en general, pero casi no proporcionan información oportuna sobre la importancia de cuidar la salud mental.

En algunos meses como octubre, en que se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, o septiembre, que es el mes de la Concientización Sobre la Prevención del Suicidio, se presenta mucha información relacionada a este tema, pero se deja muy abandonada el resto del año, por lo que parece que solo se busca cumplir una agenda y no necesariamente se buscan realizar acciones de prevención que garanticen el acceso a la información en cualquier momento.

Al margen de nuestra población específica, las acciones que se recomiendan pueden ser, por ejemplo, creación de talleres dentro de las instituciones que desarrollen habilidades de resiliencia, manejo del estrés y regulación emocional (buscando así que la prevención pueda evitar la necesidad de tratamiento); campañas de concientización dirigidas a jóvenes, que normalicen las conversaciones sobre salud mental a fin de eliminar el estigma asociado; e incluso de detección temprana, esto por medio de la reincorporación de los centros comunitarios que han sido abandonados, como el Hospital de las Emociones, con la finalidad de que estas instancias de atención puedan identificar a los jóvenes en riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Este enfoque preventivo puede reducir la incidencia de problemas de salud mental graves y reducir los costos a largo plazo asociados con el tratamiento de trastornos mentales.

En lo que respecta a la calidad del servicio, las recomendaciones que se pueden proporcionar están orientadas a la capacitación continua del personal y a fomentar la atención centrada en el usuario; la primera más que nada busca que, al igual que en otros servicios de salud, el aprendizaje continuo del personal pueda brindar nuevas perspectivas que garanticen la inclusión de mejores prácticas y habilidades interpersonales que aseguren a los usuarios un servicio empático y apegado a los derechos humanos. En tanto a lo de la atención centrada en el usuario, se deberían desarrollar protocolos que prioricen la experiencia, de tal modo que se involucre a los pacientes en la toma de decisiones de su tratamiento, asegurando que sus necesidades específicas sean consideradas en todo momento, de tal modo que los usuarios no puedan ser violentados.

Este trabajo, aunque logró responder a las preguntas de investigación planteadas, también planteó algunas otras líneas de investigación que pueden profundizar de manera diferente en las políticas en materia de salud mental en México. Por ejemplo, una de ellas podría centrarse en evaluar el impacto de las políticas de salud mental en otras poblaciones vulnerables, como personas de la tercera edad, comunidades indígenas, o cualquier grupo poblacional mencionado en el apartado

2.3.3, esto con la finalidad de analizar si las barreras detectadas en este trabajo se replican en otros contextos.

También resulta relevante investigar cómo influyen las desigualdades socioeconómicas y territoriales en el acceso a estos servicios, a fin de diseñar intervenciones más focalizadas en aquellas zonas con menor cobertura.

Asimismo, se podría realizar un estudio más amplio si se realiza un análisis comparativo de las experiencias de otros países con sistemas de salud mental más integrales, para identificar prácticas exitosas que podrían adaptarse a la realidad mexicana.

Por último, se abre la posibilidad de explorar de manera más extensa la percepción de los jóvenes sobre la atención recibida y su influencia en la adherencia al tratamiento, lo cual permitiría integrar la perspectiva de los usuarios en el diseño de políticas más inclusivas y efectivas.

## Bibliografía

Asociación Mexicana de Suicidología, A.C. (s/f). *Asociación Mexicana de Suicidología*. Recuperado de <https://suicidologia.mx/>

Barlow, D. Durand, M. (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. Wadsworth Publishing.

Becerra O. (2014). *La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética*. Persona y Bioética. pp. 238-253.

Benjet C. Borges G. et al. (2009) *Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey*. J Child Psychol Psychiatry.

Benjet, C. (2016). *Persistence of specific phobia from adolescence to early adulthood: Longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey*.

Bertolote, J.M. (2008). *Raíces del concepto de salud mental*. World Psychiatry (Ed Esp) 6 (2), pp. 113 – 116.

Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. (1917). Art. 4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (México).

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2023). *Centro de Atención Ciudadana la Línea de la Vida*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/centro-de-atencion-ciudadana-contras-las-adicciones-134381>

CONEVAL. (2022). *Medición de la pobreza, Estadística de la Pobreza en Ciudad de México*. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE\\_pobreza\\_2022.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx)

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 1917 (México).

de la Fuente, J. & Heinze, G. (2014). *La enseñanza de la Psiquiatría en México*. Salud mental. Pp. 523-530. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600011&lng=es&tlng=es)

Espínola, M. et al. (2010) *Mental Health Care Reforms in Latin America: Child and Adolescent Mental Health Services in Mexico*. Psychiatric Services, vol.61, no. 5, pp. 443–445.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019) *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021, en mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*.

García. M. (2017). *La fundación del Hospital de la Caridad de San Hipólito en la Ciudad de México*. UNAM. Pp.1566-1572.

Gilbert BJ, Patel V. (2015). *Assessing development assistance for mental health in developing countries: 2007–2013*

Gobierno de México. (2017). *Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-dr-samuel-ramirez-moreno>

Gobierno de México. (2017). *Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-infantil-juan-n-navarro>

Gobierno de México. (2022). *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>

Gómez R. (2002). *La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Pp. 101-110.

González, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Madrid, España: Instituto de la Juventud. Extraído de

<http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/problemas-emergentes-en-la-salud-mental-de-la-juventud>.

Guinsberg E. (2015). *Introducción a las nociones de “salud” y “enfermedad mental”*. En: El sujeto y el campo de la salud mental. Pp. 18-36.

Hiriart, G. M. (2018). *¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?*. Utopía y Praxis Latinoamericana, 23(83), Pp. 87-94.

INEGI. (2017) *Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) 2017*. (México).

INEGI. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. (México).

INEGI. (2022). *Encuesta Nacional Sobre Diversidad Sexual Y De Género (ENDISEG) 2021*

INEGI. (2022). *Porcentaje de defunciones registradas por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa*. (México).

INEGI. (2023). *Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2022*. (México).

Instituto de la Juventud. (s/f). *Ofrece INJUVE Orientación Psicológica Y Emocional En Redes Sociales A Jóvenes De La Ciudad De México*. Recuperado de: <https://www.injuve.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/ofrece-injuve-orientacion-psicologica-y-emocional-en-redes-sociales-jovenes-de-la-ciudad-de-mexico>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2019). *¿Qué es la salud mental?* IMSS.Gob. [Consultado el 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/salud-onlinea/salud-mental>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s/f). *Servicio de Atención Integral A La Salud Mental (SAISME)*. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/saisme>

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014). Recuperada de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA\\_041214.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_041214.pdf)

Mebarak, M. De Castro, A. Salamanca, M. & Quintero, M. (2009). *Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud*. Psicología desde el Caribe. Pp. 83-110.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

Narváez, G. (2002). *Las enfermedades mentales en México*. México, Editorial Trillas.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estimaciones Mundiales de Salud de la OMS 2019*. Consultado el 17 de febrero de 2023, disponible en: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *La salud mental en el trabajo*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work#:~:text=En%202019%20se%20estim%C3%B3%20que,a%C3%B1o%20en%20p%C3%A9rdida%20de%20productividad>.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2014). *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies.

Ornelas Ramírez, A., & Ruíz Martínez, A. O. (2017). *Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios*. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica.



Restrepo O, Diego A., & Jaramillo E, Juan C. (2012). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Pp. 202-211.

Rodríguez-Sainz J. (1986). *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. México: Fondo Manicomio General 1910*.

Rogers A, Pilgrim D. (2010). *A sociology of the mental health and illness*. 4o ed. United Kingdom: McGraw Hill. Pp. 7-14.

Secretaría de Bienestar e Igualdad Social. (2024). *Conteo de Personas en Situación de Calle de la Ciudad de México*.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, (2022, 2023). *Paquete económico y presupuesto*. Disponible en:

[https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas\\_Publicas/Paquete\\_Economico\\_y\\_Presupuesto](https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/es/Finanzas_Publicas/Paquete_Economico_y_Presupuesto)

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (s/f). *Unidades*. Recuperado el 16 de agosto de 2024, de <https://www.salud.cdmx.gob.mx/unidades>

Secretaría de Salud. (2011). *Ley General de Salud*, [L.G.S], Reformada en 2011, Diario Oficial de la Federación [D.O.F], 14 de diciembre de 2011, (México).

Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018*. (México).

Secretaría de Salud. (2018). *Modelos de Unidades de Salud*. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/329717/10\\_25\\_Modelos\\_de\\_Unidades\\_de\\_atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_\\_DGPLADES\\_\\_LML\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/329717/10_25_Modelos_de_Unidades_de_atencion_a_la_Salud__DGPLADES__LML_.pdf)

Secretaría de Salud. (2021). *Directorio de Hospitales Psiquiátricos*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/directorio-de-hospitales-psiquiatricos>

Secretaría de Salud. (2022). *Ley General de Salud*. (México).

Secretaría de Salud. (2022). *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones*. (México).

Secretaría de Salud. (2023). *Plan Sectorial De Salud Mental Y Adicciones 2023-2024*.

Secretaría de Salud. (2023). *Programa Nacional para la Prevención de Suicidio, Cuadernillo Básico para la Prevención del Suicidio*. (México).

Secretaría de Salud. (2024). Línea de la Vida celebra 25 años de servicio humano para población con problemas de salud mental. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/239-linea-de-la-vida-celebra-25-anos-de-servicio-humano-para-poblacion-con-problemas-de-salud-mental?idiom=es>

Tovar, G. (1843). *Índice General del Texto de las siete partidas del Rey Alonso el Sabio*, Barcelona, p. 261

Universidad Autónoma Metropolitana. (s/f). *Apoyo psicológico. Línea UAM*. Recuperado de: <https://lineauam.uam.mx/index.htm>

Universidad Nacional Autónoma de México. (s/f). *Atención Psicológica*. Recuperado el 9 de septiembre de 2024, de: <https://www.defensoria.unam.mx/web/atencion-psicologica>

## **Anexos**

### **ANEXO 1: Protocolo de Investigación**

#### **Tema:**

Salud Mental / Accesibilidad

#### **Objeto de Trabajo/Estudio:**

Acceso de los jóvenes durante el periodo 2018-2024 a los servicios de salud mental en la Ciudad de México y las barreras/desafíos que enfrentan al intentar acceder a ellos.

Por otro lado, también se hace un análisis de los factores sociales y políticos que pueden influir en la accesibilidad de los servicios de salud mental para jóvenes en la Ciudad de México, con un enfoque en las políticas públicas, la legislación vigente, y las condiciones socioeconómicas que pueden afectar.

#### **Título de la investigación:**

(Sugerencia Dra. Günther) Acceso a servicios de salud mental en la Ciudad de México para jóvenes de entre 12 a 29 años en el periodo 2018-2024.

#### **Hipótesis:**

En la Ciudad de México, los jóvenes de entre 12 a 29 años tienen acceso a una variedad de alternativas para la atención en salud mental como resultado de las políticas y programas implementados en México. Sin embargo, este acceso, en conjunto con la calidad y eficacia de estos recursos, puede verse comprometido debido a problemas tales como la sobrecarga de los servicios existentes, la poca difusión de los recursos disponibles y las barreras geográficas que dificultan el acceso a servicios que solo se encuentran en ciertas zonas de la ciudad.

#### **Objetivo General:**

Examinar la accesibilidad de los servicios de salud mental para jóvenes en la Ciudad de México, con especial atención a los aspectos sociales y políticos que influyen en dicho acceso.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Evaluar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud mental para personas jóvenes en la Ciudad de México.
2. Identificar barreras y desafíos en el acceso a servicios de salud mental.
3. Analizar el marco normativo y las políticas sociales en relación con la salud mental de la población de la CDMX.

### **Planteamiento del problema de investigación:**

En la Ciudad de México, se evidencia una problemática concerniente al acceso de los jóvenes a servicios de salud mental, lo que podría sugerir la existencia de limitaciones en las políticas sociales diseñadas para atender sus necesidades en este ámbito. La falta de claridad respecto a la disponibilidad, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud mental para la población joven presenta interrogantes sobre la eficiencia de las políticas actuales, instando a una investigación orientada hacia la comprensión de los factores que pueden estar contribuyendo a esta problemática.

### **Preguntas de Investigación:**

- ¿Cuáles son las alternativas disponibles para los jóvenes de la Ciudad de México que buscan recibir atención en salud mental?
- ¿Qué se ha hecho en materia de Salud Mental en México?

### **Metodología:**

Se realizará una investigación cualitativa, que recurre principalmente a técnicas documentales, como el análisis exhaustivo del archivo histórico del gobierno de México sobre las instituciones de Salud Mental, de la legislación vigente (la Constitución Mexicana, Ley General de Salud, Programas de Acción Específicos, Declaración Universal de los Derechos Humanos, etc.), revisión de autores que aborden los problemas de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, entre otros.

Estos documentos y autores son relevantes para conceptualizar a la SM desde una perspectiva holística, para saber qué opciones existen para las personas con padecimientos y cuáles son las leyes que rigen los procedimientos de las instituciones de la CDMX que se dedican a atender la Salud Mental, así como para identificar las posibles limitantes, fallas u omisiones que puedan existir.

Además, se llevarán a cabo entrevistas para recopilar datos de primera mano sobre la percepción que tienen algunos usuarios sobre la accesibilidad a estos servicios, intentando también que los administrativos de algunas instituciones brinden su perspectiva sobre el funcionamiento de sus instalaciones.

### **Justificación:**

La salud mental de los jóvenes en la Ciudad de México es una preocupación creciente que requiere una evaluación profunda de las alternativas disponibles para su atención. Entre las razones para realizar esta investigación se encuentran:

1. Aumento de problemas de salud mental en jóvenes:

El incremento en la prevalencia de problemas de salud mental entre los jóvenes es un fenómeno alarmante. Factores como el estrés académico, la presión social y la transición a la vida adulta contribuyen a un panorama en el que los jóvenes enfrentan desafíos significativos en su bienestar emocional.

## 2. Escasez de alternativas efectivas:

Aunque existen servicios de salud mental en la Ciudad de México, la hipótesis de la esta investigación asume la aparente deficiencia por diversas razones, desde la falta de programas especializados hasta obstáculos en el acceso a servicios existentes.

## 3. Necesidad de identificar barreras y desafíos:

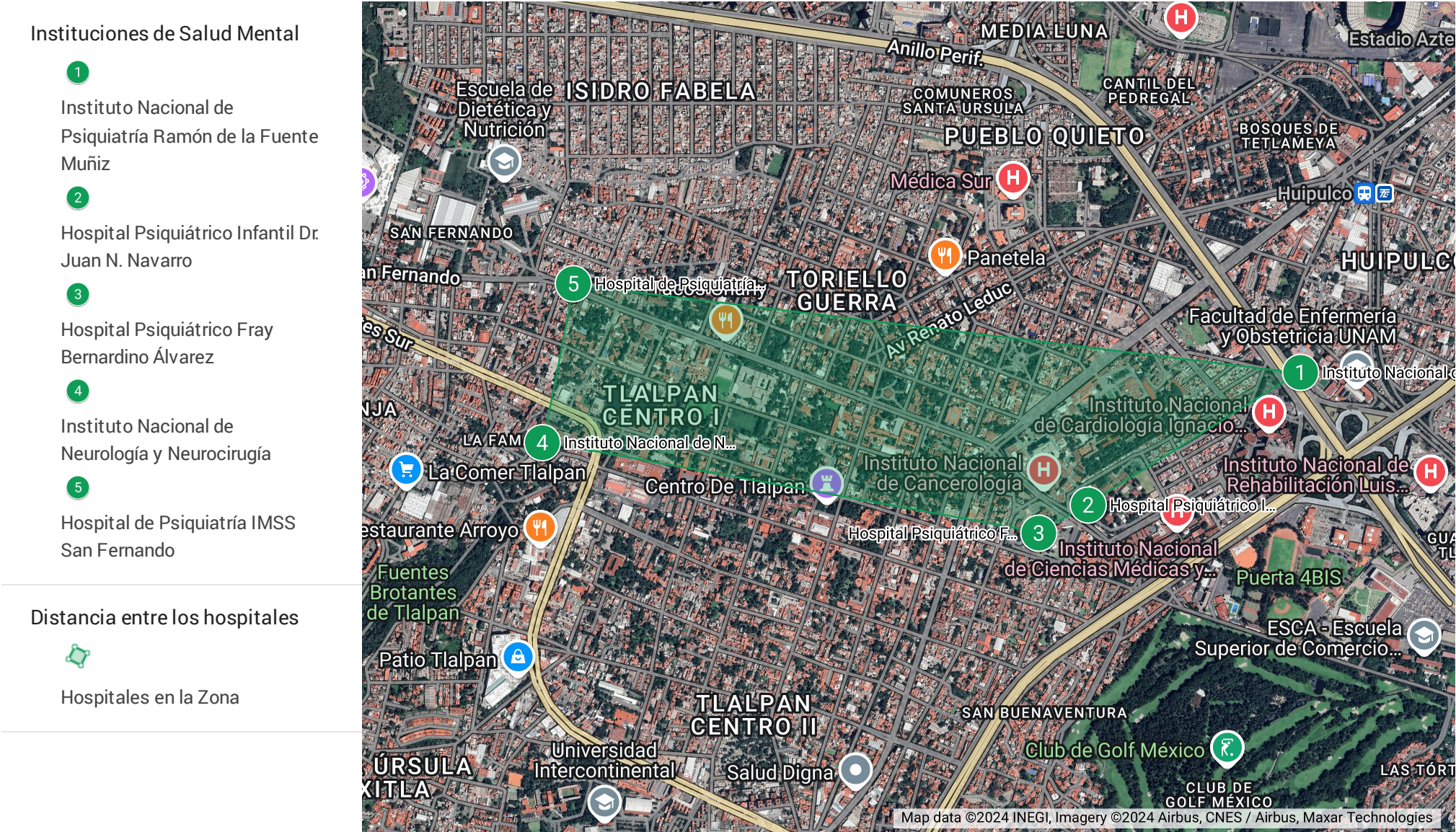
Comprender las barreras y desafíos que impiden el acceso o la efectividad de los servicios de salud mental es esencial. Esta investigación pretende identificar estos obstáculos, ya sean de naturaleza institucional, cultural o socioeconómica.

## 4. Contribución a la mejora del sistema de salud mental:

La investigación no solo busca destacar los problemas existentes, sino también contribuir a la mejora del sistema de salud mental en la Ciudad de México.

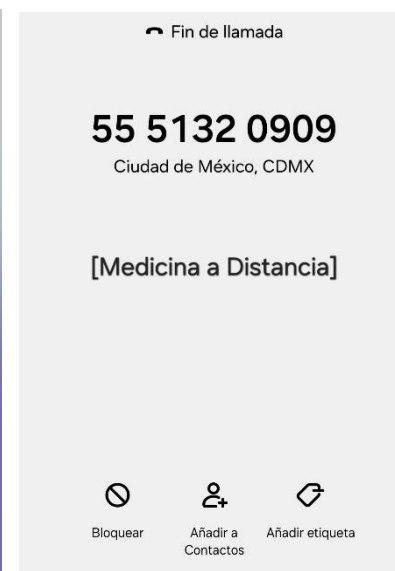
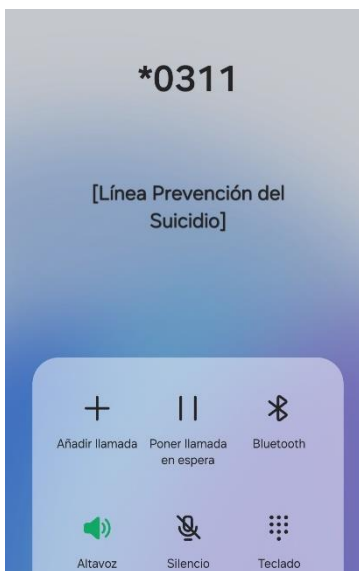
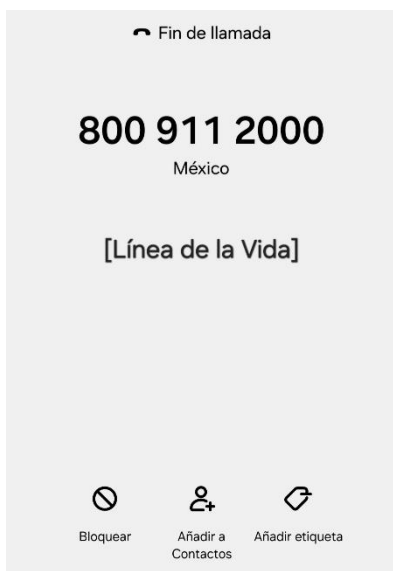
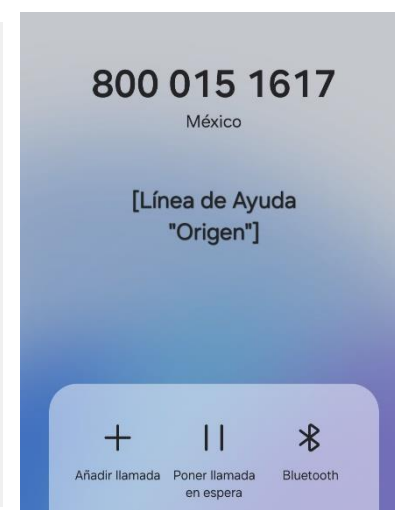
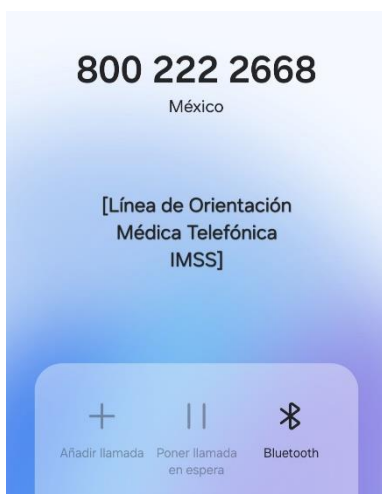
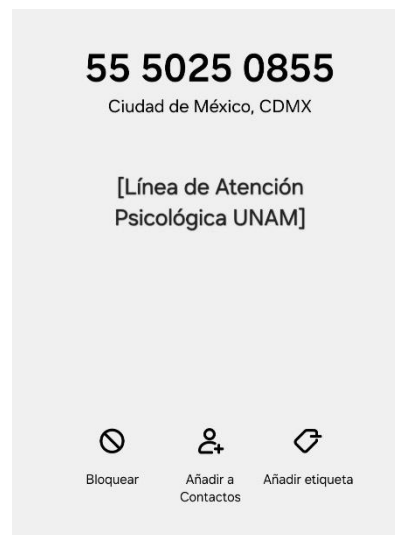


# ANEXO 2: Mapa de Instituciones Especializadas en Tlalpan





## ANEXO 3: Evidencia de las llamadas telefónicas a las líneas de atención



## **ANEXO 4: Presentación de las entrevistas a usuarios**

### ***Perspectiva de los usuarios jóvenes sobre la accesibilidad a servicios de salud mental en CDMX***

La presente entrevista tiene como propósito indagar sobre la accesibilidad a los servicios de salud mental en la Ciudad de México. Para ello, se presentan una serie de interrogantes que permiten determinar la perspectiva de los usuarios jóvenes sobre disponibilidad, acceso a la información, calidad de los servicios y barreras económicas y sociales.

Esta entrevista forma parte de un estudio más amplio que busca comprender, desde la perspectiva de los usuarios jóvenes, la realidad actual del acceso a los servicios de salud mental en la CDMX.

Sus respuestas honestas y detalladas son invaluable para este estudio. La información que proporcione será tratada con estricta confidencialidad y se utilizará únicamente con fines de investigación.

Preguntas:

1. ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?
2. ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?
3. ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?
4. ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar allí?
5. ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?
6. ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?
7. ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?
8. ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?
9. Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad? (**Opcional**).



10. ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?

11. ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia? (*Opcional*).

12. Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?

***Notas para la investigación:***

- No se contempla una pregunta inicial que cuestione a los entrevistados si ya son usuarios de servicios de SM, puesto que al realizarse fuera de hospitales especializados y solicitarles su consentimiento para realizarles las preguntas, se asume que están conscientes que se les cuestionará su perspectiva sobre los servicios utilizados.
- Estas preguntas están diseñadas para cubrir varios aspectos de la accesibilidad, incluyendo barreras físicas, económicas y sociales, así como la calidad y pertinencia de los servicios.
- El “costo asociado” mencionado en la pregunta número 5 hace referencia a todos los costos que implica utilizar el servicio, como transporte, medicamentos, seguimiento en servicios privados, etcétera; esto considerando que la mayoría de los servicios son gratuitos según lo mencionado en los sitios web de estas instituciones públicas. Esto será explicado a los entrevistados.
- En el caso de las preguntas 9 y 11, no se solicitará a todos los entrevistados que desarrollen su respuesta ya que se contempla que no todos afirmarán haber utilizado ese tipo de servicios.
- Durante la realización de las entrevistas se mantendrá un enfoque empático y no juzgador, dada la naturaleza sensible del tema. Por esto mismo los datos personales de los usuarios se mantendrán en el anonimato.
- Una vez recopilados los datos de estas entrevistas, se realizará un análisis temático para identificar patrones comunes, desafíos recurrentes y áreas de mejora potencial.

## ANEXO 5: Transcripciones de las entrevistas realizadas

DC: Daniel Castillo (Entrevistador).

**[Caso 1]** Mujer de 23 años, anteriormente usuaria del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y actual usuaria del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

*DC: ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?*

X: Desde los 16 años.

X: Me hicieron un análisis primero psicológico para después canalizarme a otras áreas, me programaron desde mi centro de salud primero de mi área de donde vivía en ese entonces y fue un proceso un poco largo.

X: Con respecto a cómo me canalizaron y cuánto pagaba, porque tenía que pagar, no era gratis. Hacían un análisis económico supuestamente, que según cómo me veía y cómo supuestamente era, me cobraban.

X: Entonces era accesible, supuestamente hasta donde mis posibilidades podían.

*DC: ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?*

X: Bastante complicado, de hecho, fue una mera casualidad encontrar esta información.

X: Anteriormente en la secundaria las orientadoras me dijeron que me podrían canalizar al mismo centro de salud para recibir atención psicológica, sin embargo, no recibí más información después de eso. No recibí más, solamente hasta que creyeron que era un poco más grave mi situación decidieron canalizarme al hospital.

*DC: ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?*

X: Para psicología un mes, para psiquiatría mes y medio me parece, con un nutriólogo creo que fueron dos meses, para el pediatra igual fueron más o menos dos meses, no sé exactamente cómo eran los estudios que me hicieron, pero también tuve que esperar dos meses.

*DC: ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar allí?*

X: Pues fue una coincidencia, realmente yo llegué por otro problema de salud y porque me mordió un perro, llegué a un centro de salud y por preguntas que me hicieron sobre

mi peso, mi estatura, se dieron cuenta de que tenía todavía un problema de alimentación y fue que me programaron hacia el hospital, entonces fui una semana después, pero al llegar a la entrada me dijeron que tenía que ir a una oficina a preguntar, de la oficina me mandaron a otra sala, de la sala tuve que esperar una hora a que me analizara un psicólogo y de ahí tuve que esperar más tiempo para que me pasaran con otro psicólogo, entonces sí fue un día por lo menos completo de estar ahí esperando y todavía que me programaran una cita para todo lo que necesitaba en un mes y medio o dos meses, entonces fue un poco tardado.

*DC: ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?*

X: Si, por ejemplo, la lejanía un poco, porque pues yo venía de un pueblo, o sea no me quedaba tan cerca. A mí me quedaba a una hora aproximadamente el hospital, pero yo sabía que en la terapia de grupo había personas que venían de dos o tres horas, venían desde muy lejos, yo pues no venía de tan lejos.

X: Tenía que gastar en el pasaje y pues el tiempo también, porque a veces no podía ir a la escuela por ir al hospital, y en cuanto a dinero, las consultas no fueron tan caras porque mi mamá dijo que era mamá soltera, eso era verdad. Toman eso mucho en cuenta allá.

X: También había personas que eran inmigrantes, había una chica incluso peruana en mi grupo de apoyo y tomaban eso en consideración para el costo de las consultas, entonces para mí no fue tan caro más que en el aspecto de los estudios, todos esos sí fueron más caros y sí costó un poco más de trabajo pagarlos.

*DC: ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?*

X: Si, en el análisis que me hicieron y con la terapia de grupo que llevé, de hecho, todas teníamos un grupo de características. Todas teníamos varias cosas en común, todas teníamos trastornos alimenticios y todas habíamos sufrido de algún abuso sexual, entonces todas tenemos eso en común, y todas éramos tratadas con profesionales que se dedicaban justamente a ese tipo de problemas, entonces creo que sí era con las personas adecuadas.

*DC: ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?*

X: Si, cuando preguntas a personas como trabajadoras sociales y profesores, o que se dedican a esto de la salud pública, suele ser común que no consideren importantes tus problemas, que los descarten o que directamente digan que no estás loco o que tú

no necesitas esas tonterías porque es para gente que está loca. Directamente descartan la posibilidad de tratar la salud mental como algo importante, así que sí, si me ha pasado.

*DC: ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?*

X: Creo que en cuanto a la mayoría de personal que me atendió en el hospital, fue adecuada la atención, sin embargo, sí me topé con un par de doctores y doctoras que hacían un par de preguntas que consideré en algún momento un poco raras, inapropiadas e incluso señalándonos.

X: Había una psiquiatra, recuerdo específicamente que nos culpaba directamente a mí y a otras pacientes de hacer sólo berrinche, no comer porque éramos unas niñas berrinchudas, entonces, a pesar de que había personas que entendían que teníamos un problema mental, que teníamos anorexia, bulimia, que ya teníamos anemia y todas esas cosas, para esa doctora y otro doctor era un mero berrinche que se tenía que tratar como es, entonces creo que en cuanto a esas personas si era muy malo el trato que nos daban, pero en general, creo que estuvo bien con las demás personas.

*DC: Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad?*

X: No he utilizado servicios privados.

*DC: ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?*

X: Cuando eres menor de edad es un poco más fácil acceder a esta ayuda, tienes que ir con un tutor y es un poco más rápido. Pero cuando eres adulto, después de los 18 años pues ya no puedes estar en un hospital psiquiátrico infantil, ya te tienen que programar al que está a un lado, el de adultos, y ya no ya no es tan fácil, incluso te programan una cita hasta mucho después.

X: Si antes eran dos meses los que tenías que esperar, ahora te programan unos cuatro meses, incluso si estás teniendo un ataque de ansiedad te mandan a otro lado, te preguntan si tienes seguro social y si no lo tienes no te quieren atender y si te dan una cita te la dan mucho tiempo después, entonces después de los 18 años es mucho más difícil acceder a esta ayuda.

*DC: ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia?*

X: No como tal, sólo tenía de emergencia el grupo de apoyo y tenía el teléfono también de mis psicólogas, tenía tres psicólogas, pero sólo lo llegué a utilizar un par de veces para decir sobre ciertas situaciones en las que me sentía yo incómoda, y sobre un mal manejo que tuve en alguna ocasión de mis medicamentos contra la depresión, sólo fueron dos ocasiones y pues no pasó a más, pero tenía esa ayuda por parte de mis psicólogas.

*DC: Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?*

X: Tal vez haría alguna campaña, donde se deje tal vez de estigmatizar sería la palabra, la salud mental, para muchas personas sigue sin ser algo relevante y viven su vida con depresión, ansiedad, tienen problemas de alimentación y muchas veces siguen sin considerarlo algo importante, pero si es importante para tu día a día, incluso para tu trabajo, entonces tal vez que pudiera haber más información y esta fuera más accesible incluso tal vez en los centros de salud.

X: Encuentras información en los centros de salud de casi cualquier cosa, pero no he visto en ninguno que sea muy importante esta información sobre salud mental, entonces tal vez incluso implementarlo en los centros de salud tal vez.

## **[Caso 2] Mujer de 24 años, usuaria del IMSS y LUNAS.**

*DC: ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?*

X: No recuerdo bien, como un año después de pandemia, supongo que unos 21, o sea, llevo tres años en terapia.

X: Y la verdad es que, al inicio como fue privado, fue muy agradable. A esta persona ya la conocía, entonces se dio bastante bien, pero en atención pública ha sido muy tardado, todas las sesiones son cada dos meses, se siente demasiado lapso y pérdida de tiempo entre cada una, a excepción de la última, son tres semanas consecutivas las que tienes terapia individual y después tienes grupos focales, de reflexión o terapéuticos y eso lo hace más dinámico, y ya es cada semana, pero pues la terapia no dura mucho con ellos, cuatro meses es muy poco el tiempo. Tienes la oportunidad de que te canalicen a otro lado, pero sigue siendo pues bastante limitado, porque incluso cuando le hablé al CECOSAM me dijeron que no podían darme los requisitos por teléfono, que tienes que ir sacar ficha, pero toda su página está desactualizada desde el 2017. La verdad es que sí siento que hay un atraso en esas instituciones.

*DC: ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?*

X: Ha sido fácil y al mismo tiempo es complicado porque el acceso a ellos es bajo canalización, o sea, los puedes encontrar rápido en internet, pero ya acceder tal cual al servicio es muy lento.

*DC: ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?*

X: En el IMSS fueron 3 meses y en la CDH 2 semanas.

*DC: ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar allí?*

X: En el IMSS llegué a partir del PREVENIMSS, me preguntaron en estas rutinas que tienen si había tenido ansiedad o depresión en las últimas dos semanas, la verdad no recuerdo si eso o en el último mes. Contesté que sí, que había tenido otros síntomas y que ya estaba diagnosticada con depresión y ansiedad desde 2 años antes, entonces ya me mandaron directo a psiquiatría del hospital McGregor, que es de especialidades.

X: En LUNAS llegué a partir de que la pareja de mi hermana me comentó del programa, fue bastante rápido, busqué las instituciones, la dirección de cada una de las locaciones y ya, a partir de eso.

*DC: ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?*

X: Si, por ejemplo, en transporte no vas a hacer una hora y media de camino y pagar más si tienes el servicio a unas cuadas y te vas a ahorrar el transporte, es mucho más fácil incluso con un solo transporte a lo mejor. Si es de transporte y todo eso, los costos pues obviamente, si no estarías pagando cualquier otra institución privada y sería más rápido tu proceso, por lo mismo de que el tiempo entre cada sesión es tan tardado.

X: Yo no consideré una privada en ese momento porque tengo herramientas de las veces anteriores, si no la verdad es que hubiera continuado.

*DC: ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?*

X: LUNA sí, el servicio de LUNAS siento que si se adapta a cualquier persona, sea de mi edad, sea mayor, solo es como las ganas de querer salir de donde estás, de querer ir y también conocer el servicio obvio, ahí es más accesible a todos y considero que es fácil y está pensado para todos. Como LUNAS es específicamente para mujeres, siento que es más fácil que cualquiera entre, incluso jóvenes, pero también depende mucho

de los papás cómo te acercas a esas instituciones. En el seguro siento que está más orientado hacia personas adultas, pero sigue funcionando depende de quién te toque.

*DC: ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?*

X: No, ninguno.

*DC: ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?*

X: En el IMSS es muy deficiente la verdad, siento que le faltan muchos especialistas realmente, ahí lo que les falta es especialistas para poder atender continuamente a todas las personas que asisten, porque realmente son “un chingo”, pero en LUNAS es bastante accesible, es bastante eficiente, siempre está como abierta la oportunidad de que sigas teniendo terapia individual, entonces la verdad creo que está bastante bien.

*DC: Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad?*

X: Siento que es más fácil acceder a una privada y te brinda más herramientas, desde la primer sesión. Y el seguro es más tedioso por todos los trámites que implica.

*DC: ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?*

X: Económicos.

*DC: ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia?*

X: No, solo el de la UAM, pero no es de emergencia, si tienes que tener todo un proceso para inscribirte y como tiene cupo limitado tienes que ser de los primeros y la verdad es que a mi no me ha gustado.

*DC: Pero la UAM tiene una línea de ayuda.*

X: Pero esa línea solo estuvo disponible en pandemia hasta donde yo sabía, o sea, existe ahorita como la opción de que sí te conteste algún psicólogo de ahorita en la institución, pero no se ha dado la difusión necesaria, ni siquiera sabemos si todavía, o yo por lo menos no sé si todavía está vigente, sé que existe, pero no sé si van a contestar.

*DC: Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?*

X: Aumentaría la cantidad de especialistas a nivel sector público, o los precios de la privada, aunque ahí también entiendo que cada quien depende de cuánto puedas pagar, a lo mejor alguna tarifa fija para adolescentes o personas vulnerables que no tengan un ingreso fijo. Eso, porque creo que terapia por lo menos en mi zona es fácil de encontrar en cualquier lugar

*DC: Pero en el sector privado.*

X: Si, en el privado, en público sí es bastante retirado.

**[Caso 3]** Mujer de 25 años, anterior usuaria del Hospital Fray Bernardino, usuaria de servicios privados.

*DC: ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?*

X: Empecé a los 18 por una depresión crónica nivel 3, empecé entre psicólogos, uno, y otro, y otro, y no me funcionaba porque no estaba acostumbrada.

X: En ese momento los servicios de salud mental todavía tenían un poquito de estigma, no estaba tan abierto como ahorita, o sea, cuando la gente hablaba la depresión no le daba la importancia que debería tener, y entonces cuando yo anuncié que me sentía muy mal pues mi depresión no fue tomada como se toma ahora, con la seriedad que debería, si no que fue más ligera. Ya fue hasta que tuve mi primer intento de suicidio que, pues sí me llevaron ya con doctores evidentemente, pero en su momento no entré al Fray, me dieron de alta y me tuvieron con psicólogos y psiquiatras y bajo supervisión muy estricta.

X: Fue hasta el segundo intento de suicidio, también fallido, y fueron fallidos pues porque mi familia como me tenía muy controlada alertaron evidentemente las dos ocasiones súper rápido y me llevaron al hospital antes de que pasara algo más, evidentemente.

X: Pero ya fue cuando me internaron en el Fray pues porque ya era la segunda, y pues no estuvo tan mal, pero ahí lo que te dejan son como 20 días o un mes dependiendo del caso, en mi caso fueron como dos semanas, no fue tanto, pero fue porque mi mamá ya no tuvo el corazón para dejarme más tiempo, entonces ya me saco, pero pues me dijeron que sí había otro intento, pero que ya no hubo gracias a la vida, pero que si hubiera como un reintento yo entraba automáticamente en contra de mi voluntad, yo ya no decidía si quería o no porque era menor de edad. Pero si hubiera habido una



tercera yo ya no era apta para tomar decisiones, entonces ya era diferente, y pues fue eso creo.

X: Ah, y en el Fray también me refirieron a un centro de psicología, esa era pública, pero no me funcionó ese porque si fui, evidentemente porque me canalizaron desde el Fray, eran pues los doctores como un sistema, pero no lo tomé porque la doctora me estaba detectando esquizofrenia, pero yo no tenía esquizofrenia, solo tenía mucha depresión, entonces, lo que sí tenía un poquito era como psicosis, pero era de mi depresión, era depresión psicótica, entonces yo me quedé en psiquiatría y psicología privada porque las públicas no me estaban detectando bien, esa fue la experiencia en general.

*DC: ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?*

X: En ese momento no creo que haya sido muy fácil, porque te digo que todavía había un poquito de estigma relacionado al tema, entonces no había como toda esta discusión sobre la salud mental que hay ahorita, que se ha reforzado muchísimo en los últimos años, entonces cuando yo entré pues todavía hablar de psicólogos no era muy normal.

X: Por ejemplo, en mi familia, que es conservadora, es hasta un poquito mal visto, así es entre familias más tradicionales.

X: Me fui informando porque yo tuve una asistencia de psicología cuando tenía como 13 años por el divorcio de mis papás, también privada, esa la recomendaron a mi mamá, pero no sé quién la verdad, entonces vine con esa doctora otra vez porque era lo único que conocíamos en psicología, ella nos refirió a otras personas y de esas personas pues buscamos más referidos con quienes me sintiera más cómoda yo, pero no sabíamos a dónde acudir, solamente como tener una solución y de ahí buscarle.

*DC: ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?*

X: No espere mucho, yo creo que esperé como dos semanas, pero te digo que todo fue privado, porque cuando me canalizaron del Fray a una pública esperé aproximadamente como mes y medio o dos meses para que me dieran una cita en una pública, eran super estrictos con el horario, tenías que llegar 20 minutos antes, y si llegabas poquito después, o sea, tu cita era a las 9, llegaba a las 8:40 y si llegabas derrapando tipo 8:43 ya no te atendían, aunque tu cita fuera hasta las 9, y les valía así estuvieras dos meses en la en la lista, y había muchísima gente en espera, entonces yo creo que el problema es que era mucha demanda y muy poco personal.

*DC: ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar allí?*

X: Fue difícil, porque evidentemente como me canalizan del psiquiátrico directo para allá, pues tú piensas que va a ser necesario porque tienen las especialidades que necesitas, o que ya teniendo tu informe médico pues va a ser como más efectivo el tratamiento, pero pues no, porque al final estaban errando los diagnósticos, la espera era mucha, la atención no era tan buena, la verdad es que el sistema público en ese momento habían muchas deficiencias, entonces acceder a un buen tratamiento de salud que funcione pues también dependía de que el diagnóstico fuera correcto, no te pueden chocar con medicamento que no es para ti realmente, pero ahorita creo que ya ha mejorado bastante, la verdad. En ese momento era más difícil.

*DC: ¿De qué año estamos hablando cuando hablamos de ese momento?*

X: Periodo 2017-2020, fue todo un proceso todo eso.

*DC: ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?*

X: En mi caso, el buscar un servicio público fue más el hospital porque pues nos refirieron, pero siempre optamos por el privado porque no sabíamos cómo ingresar al público, por falta de información no sabíamos en dónde acudir, como acudir, como eran las citas, hasta que nos informaron ya en el psiquiátrico. Y porque también el tiempo de espera pues era menor en los privados. En el privado yo sacaba la cita y me atendían esa misma semana, y en el público pues meses en espera.

X: Y por otro lado, mi mamá creía que el privado era mejor, más efectivo y también era más certero, pero como limitante, mi mamá gastó un montón por los psicólogos privados, psiquiatras privados, los medicamentos que son carísimos, y yo tomaba de tres a cuatro medicamentos al día y me dopaban como caballo, me hacían dormir como 20 horas, entonces yo creo que la sufrió mi madre económicamente con todo el tratamiento de salud, pero en la parte pública pues no había mucho que mover ahí la verdad, había mucha desinformación y no un servicio tan bueno.

*DC: ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?*

X: En el ámbito público, en psiquiatría yo creo que sí, en psiquiatría la verdad es que el día que me mandaron del hospital por el intento de suicidio literalmente me dieron de alta y me mandaron directo al Fray, que estaba ahí dando la vuelta, entonces fui ahí y rapidísimo me pasaron, me canalizaron, la verdad es que en el Fray claro que sí hubo efectividad, pero estamos hablando ya de un hospital, las demás que son como clínicas psicológicas, porque pues evidentemente existen el psicólogo y el psiquiatra,

el Fray se va a encargar de la parte médica, pero pues las clínicas se van a encargar de la parte psicológica, en la parte psicológica es donde te digo que hay problema.

*DC: ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?*

X: Creo que lo sentí en la parte social, mi familia estaba también mal informada, entonces sí hubo como un poquito de rechazo a mi trastorno, pero hasta que lo entendieron pues ya me ayudaron, era creo que eso, desinformación de su parte.

X: Pero por la parte social, por ejemplo me sentí aislada, como que mis amigos me fueron aislando, las personas que conocía también se fueron alejando, como que la gente lo hacía como si pensarán que no existiera y solamente lo haces para llamar cierta atención, entonces en la parte social creo que la gente se va yendo, y llegó un punto en el que pues ya ni siquiera yo les decía como que tenía, lo ocultas para que la gente no se entere porque también pues hablan, se alejan y al final te hace sentir bastante mal el hecho de sentirte pues solo y abandonado.

*DC: ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?*

X: En lo psiquiátrico, hablando del hospital yo creo que es muy bueno, un 8 o 9 de 10, en el ámbito psicológico yo creo que en ese momento un 2 o un 3 de 10.

*DC: Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad?*

X: Bueno en el privado te digo, yo sacaba mi cita y me atendían esa misma semana, eran muy dedicados con mis expedientes, muy certeros con mis medicamentos y mis diagnósticos, y en el momento en que yo me sintiera mal solo les marcaba y ellos en el instante me atendían. Y bueno, la contra aquí es evidentemente el pago, es muy caro un privado a un público, y en el público pues no, en el público tienes que esperar tú a que te atiendan, es muy tardado, el servicio no es tan bueno, pero pues evidentemente es muy barato, estamos hablando que una consulta psicológica en ese momento me costaba 40 pesos en el público o algo así, era realmente muy barato y muy redituable, el problema era poder acceder a él, la verdad no había forma muy rápida. Creo que es eso, las diferencias son el acceso y los costos y la calidad de servicio

*DC: ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?*

X: Las barreras son en general eso, la accesibilidad, la accesibilidad esta difícil, o la falta de información, por ejemplo, no sabes a dónde ir, cómo acudir y pues tal vez

también la preparación de la gente, o sea, lo que te decía de buscar diagnósticos certeros, que sí que sean realmente por lo que están yendo y que no te vayan a tratar sobre otra cosa, porque pues también es un problema que te estén tratando sobre algo que no tienes.

*DC: ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia?*

X: No, nunca he utilizado esos servicios.

*DC: Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?*

X: Bueno esto lo conocí buscando yo por mi cuenta un montón, y porque una psicóloga que era privada pues también me dijo sobre ese lugar, yo no lo conocía, pero antes había hospitales de las emociones, que eran también hospitales gratuitos que te daban atención psicológica, ellos eran buenos, la verdad es que era bueno y tenían varias especialidades, el problema aquí es que la lista espera era de tres meses, entonces alguien que tenga un caso muy serio no puede esperar tres meses, imagínate.

X: Entonces, creo que algo que podríamos mejorar o algo así, sería la mayor capacitación de personal, o sea, ampliar la gama del personal para atender un mayor número de casos que hay, porque hay muchísima demanda, lo que no había en ese momento era mucho conocimiento, que ahorita di hay y probablemente los servicios ya se han ampliado. Desconozco si los hospitales, porque eran varios, como tres o cuatro en la ciudad, sigan funcionando, pero sí yo creo que sería muy buena opción ampliar los servicios para que más gente pueda tener acceso a ellos más rápido.

**[Caso 4] Mujer de 21 años, usuaria del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

*DC: ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?*

X: Comencé a utilizar servicios de salud mental cuando tenía 19 años, durante mi primer año en la universidad. Como soy foránea me sentía muy estresada por la carga académica y me di cuenta de que mi ansiedad estaba afectando mi vida diaria.

X: Decidí buscar ayuda cuando los síntomas se volvieron incontrolables.

*DC: ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?*

X: No fue tan fácil como pensé que sería. Al principio, busqué en internet y encontré información dispersa. Si encontré muchas cosas, pero todo estaba muy lejos y las

páginas de Facebook que encontré no decían cómo acceder a los servicios o cuánto cuestan. También me sentí un poco perdida porque no sabía exactamente qué tipo de ayuda necesitaba, que si terapia, psiquiatra, y esas cosas.

*DC: ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?*

X: Tuve que esperar casi un mes para obtener mi primera cita. Llamé a varias clínicas, pero me decían que fuera en persona. Mis papás estaban preocupados porque sentían que necesitaba ayuda inmediata, y ellos estaban muy lejos para ayudarme, pero quien sabe si no había suficientes doctores disponibles o qué, porque se tardaron mucho en atenderme.

*DC: ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar?*

X: O sea, ¿de transporte? Pues yo vivo por CU, entonces me hago unos 30-40 minutos para acá en transporte público. No es muy difícil llegar, pero sí requiero tiempo.

X: Si dices de que quien me mandó a atenderme, pues de la línea de la vida me dijeron que podría venir para acá.

*DC: ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?*

X: Si. Como soy estudiante y foránea no tengo mucho dinero, y mis padres no podían ayudarme mucho con los costos. Busqué opciones que estuvieran cubiertas por el seguro de la uni o que fueran gratis.

*DC: ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?*

X: En parte, sí porque me han hablado de problemas comunes como la ansiedad por el futuro, o la presión por la escuela. Pero a veces estoy muy ocupada y siento que no se pueden adaptar del todo a mis tiempos, si estoy en exámenes ya sé que no me voy a tratar en un ratote, por ejemplo.

*DC: ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?*

X: No diría que he enfrentado discriminación directamente, pero sí ha sido difícil hablar de esto con personas fuera de mi círculo cercano. Hay mucha ignorancia sobre lo que significa recibir terapia o tener ansiedad. Algunos amigos no lo entendían del todo y me hicieron comentarios como "seguro que es solo estrés, no necesitas terapia".

*DC: ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?*

X: En general, estoy satisfecha con la atención que he recibido, los psicólogos me han ayudado mucho, y siento que entienden mis necesidades. Me gustaría sesiones más largas, pero entiendo que están limitados por tiempo y recursos, como el pago es muy poco, tampoco quiero que sientan que me estoy aprovechando.

*DC: Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad?*

X: No he podido usar los servicios privados por mi situación económica, pero supongo que son mucho más rápidos que acá.

*DC: ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?*

X: El principal obstáculo ha sido la espera para obtener citas. También, pagar tantos pasajes fue “un pedo” al principio. Otro factor fue la falta de orientación clara sobre qué tipo de profesional era el adecuado para mí, sentía que tenía que adivinar qué tipo de terapia o atención necesitaba.

*DC: ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia?*

X: Sí, una vez llamé a la línea de la vida cuando tuve un ataque de ansiedad muy fuerte, la señora que me atendió fue muy comprensiva y me ayudó a calmarme, eso estuvo chido, pero me si me hicieron darme cuenta de que solo era una solución temporal y que necesitaba una atención más constante.

*DC: Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?*

X: Creo que haría más accesibles las consultas iniciales y reduciría el tiempo de espera. Tal vez si también hicieran citas en línea, tipo zoom como en la pandemia, me podría ahorrar el transporte y el servicio sería más accesible para quienes lo necesitan con urgencia.

#### **[Caso 5] Hombre de 26 años, usuario del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino.**

*DC: ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?*

X: Comencé a los 24 años, cuando ya no podía manejar la depresión que sentía, mi situación económica había empeorado, y no encontraba chamba. Me tomó mucho tiempo aceptar que necesitaba ayuda, ya que siempre había visto la salud mental como algo secundario frente a mis otros problemas. Al final, encontré un centro

comunitario allá por Iztapalapa que ofrecía terapia gratuita, pero la experiencia fue difícil al principio porque no estaba acostumbrado a hablar de mis problemas.

*DC: ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?*

X: Fue bastante complicado. No sabía por dónde empezar y no tengo internet en mi casa, así que dependía de amigos o de gente que conociera. Luego encontraba mucha información contradictoria porque yo iba y estaba cerrado, entonces no sabía que días podía ir.

*DC: ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?*

X: Tuve que esperar casi dos meses, pero porque yo cuando estaba libre encontraba los lugares cerrados, en ese entonces iba a otro pero estaba muy lleno, y como los servicios creo eran gratuitos, había pocas horas disponibles. En ese tiempo, hubo días en los que sentía que ya no podía esperar más, pero no tenía otra opción por mi situación económica.

*DC: ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar allí?*

X: Pues ahorita vengo hasta acá porque me hablaron bien del hospital y lo confirmé cuando me empecé a atender aquí, allá yo sentía que me atendían muy a huevo. Es difícil venir en el sentido de que me queda muy lejos, pero vale la pena.

*DC: ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?*

X: Obvio. El costo era lo que más me preocupaba. No podía permitirme pagar por terapia privada, así que busqué opciones que fueran gratuitas o que me cobraran muy poco, aunque se compensa con el pasaje.

*DC: ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?*

X: Pues así que digamos joven, no estoy, ¿verdad? Pero supongo que sí. Aquí me han dicho que la situación económica afecta mucho la salud mental, lo cual me hizo sentir comprendido.

*DC: ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?*

X: Sí, he sentido bastante estigma, sobre todo por mi situación económica. Algunas personas, incluso familiares, me decían que la depresión o la ansiedad eran problemas de gente con varo, y que mejor me pusiera a chambear. A veces incluso en los propios

servicios de Iztapalapa sentía que asumían que mis problemas mentales eran solo por ser pobre, cuando en realidad había muchas otras cosas detrás.

*DC: ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?*

X: Pues los que me tratan son amables y se esfuerzan, pero claramente están hartos por la cantidad de personas que atienden. Igual y me gustaría más tiempo para compensar lo que me hago hasta acá, siento que apenas empezamos a hablar de algo importante y ya se termina la sesión.

*DC: Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad?*

X: Solo he usado servicios públicos.

*DC: ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?*

X: El costo, la distancia y la falta de información, supongo.

*DC: ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia?*

X: Nunca he usado una línea de ayuda telefónica. Es que no me sé los números.

*DC: Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?*

X: Pues que cambien la ubicación, acá hay hospitales para escoger y allá estamos bien abandonados. Yo eliminaría completamente los costos, creo que hay quienes ya enfrentamos demasiadas cosas como para preocuparnos más cuando necesitamos ayuda.

**[Caso 6]** Hombre de 18 años, usuario del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

*DC: ¿Desde qué edad comenzaste a utilizar servicios de salud mental? ¿Podrías describir brevemente tu experiencia?*

X: Comencé a recibir atención de salud mental hace como un año, cuando tenía 17 años. Todo empezó porque tenía mucha ansiedad por no saber qué quería estudiar o si iba a quedar en alguna universidad siquiera, sentía que no tenía objetivos en la vida y que todos avanzaban menos yo, me entró una depresión muy fea y tuve un intento de suicidio. Mi mamá me llevó al hospital y desde entonces empecé a recibir terapia.



*DC: ¿Qué tan fácil o difícil ha sido para ti encontrar información sobre servicios de salud mental disponibles?*

X: No tuve que buscar por mi cuenta. Después de mi intento, fui hospitalizado y ellos me conectaron directamente con los servicios de salud mental.

X: Como yo no era ¿cómo se dice? De que se supone que yo no podía tomar mis propias decisiones por mi estado. Bueno, fue mi mamá fue quien se encargó de todo, desde las llamadas hasta el internamiento, pero no sé si hubiera sido capaz de buscar esa información solo, porque en ese momento me sentía muy perdido.

*DC: ¿Cuánto tiempo tuviste que esperar para obtener una cita con un profesional de salud mental?*

X: Después de que me dieron de alta del hospital, casi inmediatamente estuve internado durante tres semanas, mi mamá insistió mucho, y como mi caso era de riesgo, yo supongo que nos dieron prioridad.

*DC: ¿Cómo llegaste al lugar donde recibiste atención? ¿Fue fácil o difícil llegar allí?*

X: Pues como te dije ahorita, llegué casi que en contra de mi voluntad, entonces yo no llegué a experimentar del todo el proceso de hacer citas, programar horarios y buscar ayuda.

*DC: ¿El costo asociado a los servicios fue un factor que consideraste al buscar ayuda?*

X: Afortunadamente, a mi mamá no le falta el dinero, así que no hemos tenido que preocuparnos demasiado por el costo, además de que aquí es muy barato. Aun así, en su momento se tuvieron que pagar muchos psicólogos y medicamentos, y sé que para mi mamá era una carga importante de tiempo estar haciendo todo eso, porque tuvo que empezar a faltar al trabajo para checar mi estado.

*DC: ¿Sientes que los servicios disponibles se adaptaban a tus necesidades específicas como joven?*

X: No lo sé, ahorita ya soy considerado un adulto, pero cuando empecé tenía 17 años y me trataban como un niño, le informaban casi todo a mi mamá y yo quedaba en segundo plano, como que a mi parecer no me mantenían informado sobre mi propia situación, pero en cuanto cumplí los 18 ya me daban la información a mí, aunque todavía me acompaña ella.

*DC: ¿Has enfrentado algún tipo de estigma o discriminación al buscar o recibir servicios de salud mental?*

X: Sí, sobre todo por parte de personas fuera de mi círculo cercano. Después de lo que te comenté, algunos amigos dejaron de hablarme, y sentía que los vecinos que se enteraron me veían mal, como si mi problema los hubiera afectado directamente a ellos o como si hubiera hecho todo solo para llamar la atención.

*DC: ¿Qué opinas sobre la calidad de la atención que recibes? ¿Sientes que fue adecuada para tus necesidades?*

X: Hasta ahora, la atención ha sido bastante buena, además la complemento con psicólogos privados. Solo sigo viniendo aquí porque siento que me salvaron la vida, y porque vivimos como a 10 minutos.

*DC: Si has utilizado servicios tanto públicos como privados, ¿qué diferencias notaste en términos de accesibilidad?*

X: No sé si sea porque al fin y al cabo son sesiones más personalizadas con los psicólogos privados, pero siento que están mucho mejor preparados que aquí.

*DC: ¿Qué obstáculos o barreras has enfrentado al intentar acceder a servicios de salud mental?*

X: El principal obstáculo ha sido lidiar con la ansiedad de salir de casa y enfrentar el mundo exterior después de lo que pasó. Si no fuera por mi mamá, probablemente no habría podido asistir a todas mis citas.

*DC: ¿Has utilizado alguna línea de ayuda telefónica o servicio de crisis? ¿Cuál fue tu experiencia?*

X: Si, cuando ocurrió el incidente marqué a la línea de la vida, pero me acuerdo que me empezaron a hacer muchas preguntas y preferí colgar porque la señora estaba siendo muy invasiva y yo solo quería ser escuchado.

*DC: Si pudieras cambiar una cosa para mejorar el acceso a estos servicios, ¿qué sería?*

X: Entiendo que aquí enfrente hay un hospital de niños, entonces me inquieta mucho ver niños acá si pueden estar allá, no sé si estén en terapia o no, pero si sí, no entiendo para qué hacen servicios específicos si van a usar los que sea. Yo limitaría el acceso para que se pudiera dar atención más especializada, porque es muy diferente tratar niños de 5 años que adultos de 30, o puntos medios como yo.