

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

La lógica de lo ilógico: el suicidio y la depresión inadvertida en México

Documento de trabajo núm. 254



Julio 2017

www.diputados.gob.mx/cesop



CÁMARA DE DIPUTADOS
LXIII LEGISLATURA

CESOP

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Información que fortalece el quehacer legislativo



CÁMARA DE DIPUTADOS
LXIII LEGISLATURA

Información que fortalece
el quehacer legislativo



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Organización Interna

Director General

Enrique Esquivel Fernández
Asesor General

Netzahualcóyotl Vázquez Vargas
Director de Estudios Sociales

Ricardo Martínez Rojas Rustrian
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Ernesto R. Cavero Pérez
Subdirector de Estudios de Opinión Pública

José Francisco Vázquez Flores
Subdirector de Análisis y Procesamiento de Datos

Katia Berenice Burguete Zúñiga
Coordinadora Técnico

Felipe de Alba Murrieta
Rafael del Olmo González
Gabriel Fernández Espejel
José de Jesús González Rodríguez
Roberto Candelas Ramírez
Rafael López Vega
Salvador Moreno Pérez
Santiago Michele Calderón Berra
Heriberto López Ortiz
Giovanni Jiménez Bustos
Investigadores

Luis Ángel Bellota
Natalia Hernández Guerrero
Karen Nallely Tenorio Colón
Erika Martínez Valenzuela
Ma. Guadalupe S. Morales Núñez
Elizabeth Cabrera Robles
Alejandro Abascal Nieto
Abigail Espinosa Waldo
Ricardo Ruiz Flores
Guillermina Blas Damián
Nora Iliana León Rebollo
Alejandro López Morcillo
Apoyo en Investigación

José Olalde Montes de Oca
Asistente Editorial

Claudia Ayala Sánchez
Corrección de estilo

**La lógica de lo ilógico:
el suicidio y la depresión inadvertida en
México**

*Rafael López Vega*¹

Julio de 2017

¹ El autor contó con el apoyo de Rubí Reyes (colaboradora en servicio social) para el desarrollo gráfico del documento.

Contenido	Pág.
Resumen	3
Las transiciones demográfica y epidemiológica	3
El proceso salud-enfermedad, y la depresión y el suicidio como problemas sociales	6
I. Proceso salud-enfermedad	6
II. La depresión y el suicidio como problemas sociales	9
Comentarios finales	21

Aquél que tiene un porqué para vivir
se puede enfrentar a todos los cómo.

Friedrich Nietzsche

Resumen

Esta reflexión en torno a la depresión y al suicidio toma como marco de referencia las transiciones demográfica y epidemiológica pues tenemos registro de un viraje en las causas que traen consigo mortalidad y morbilidad, a nivel global. Esta situación, en el caso de México, impacta de manera diferenciada en la demanda de atención en salud. Así contextualizado, el documento expone a partir de la información de egresos hospitalarios y de las estadísticas vitales, la importancia relativa que tienen los trastornos mentales en el panorama salud-enfermedad en nuestro país y a escala internacional en años recientes.

Las transiciones demográfica y epidemiológica

El proceso de *transición demográfica* implica el tránsito de regímenes poblacionales con altos registros de mortalidad y fecundidad hacia niveles bajos y controlados, para ambos fenómenos. El tiempo ha pasado. La medicina, las disfuncionalidades sociales y la desquiciante realidad también son cambiantes. Se trata de un proceso de largo aliento en el que la lógica demográfica de la sociedad transcurre en estrecha interdependencia con el desarrollo económico y sociocultural.

Con este proceso se reconfiguran además del tamaño, estructura y composición de la población, diversos campos de demanda y atención de la política pública, como el de la salud, bajo el cual el complejo institucional da cabida a esquemas que afrontan el reto del crecimiento de la población y cambios en la estructura demográfica.

Generalmente la primera manifestación de este proceso fue el descenso de los niveles de mortalidad a partir del desarrollo y difusión de tecnologías para la salud

y una mayor valoración social de la misma. En un principio, las muertes disminuían mientras los niveles de fecundidad permanecían relativamente constantes, lo cual provocó un acelerado crecimiento de la población.

En América Latina se identifican diferentes temporalidades y grados de avance de la transición de acuerdo a la propia historia demográfica de cada país o región del continente, hecho que se desprende de la profunda desigualdad que experimenta la región, e incluso de la devastación que pueden causar en el corto, mediano y largo plazos una guerra civil, la falta de recursos para instrumentar esquemas universales de vacunación, el refugio y la migración forzada de grupos enteros de población y/o de población joven. Así, mientras algunos países ya se encuentran en fases avanzadas de la misma (Brasil, Costa Rica, República Dominicana y México), otros se muestran notoriamente rezagados (Haití, Guatemala, Bolivia).

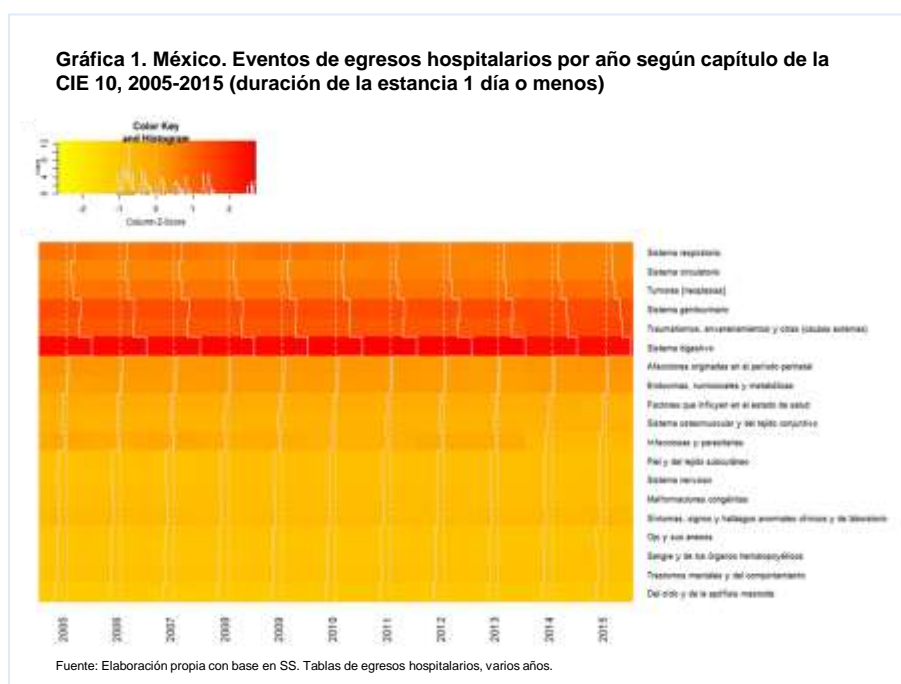
Con la transición demográfica, se abrió paso también, a la llamada transición epidemiológica. Éstas convergen en el sentido de que la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, su efecto en la estructura demográfica (bono demográfico y envejecimiento), generan un cambio en las tendencias de la carga de mortalidad (reducción de la mortalidad infantil) y de enfermedad o morbilidad.

En correspondencia con los avances de la transición demográfica, la carga de enfermedad, en la que los padecimientos clasificados como infecciosos y parasitarios —que caracterizaron gran parte de nuestros problemas epidemiológicos antes del siglo XXI— dan paso a las enfermedades crónico-degenerativas presentes en las personas adultas mayores. De las diarreas, neumonías, enfermedades de la primera infancia, accidentes, violencias y paludismo que predominaban todavía a mitad del siglo XX, el cambio hacia el propio fin del mismo vira a enfermedades del corazón, tumores (cáncer), diabetes, accidentes y cirrosis. Sin embargo, en las dos décadas que corren ya del siglo XXI, la violencia (feminicidios y homicidios dolosos) tienen un volumen no esperado en relación con la armonía que debería corresponder a la transición epidemiológica.



La investigación en salud pública da cuenta de los padecimientos o afecciones de salud que nos aquejan hoy como sociedad, así como la demanda en atención en la que por definición están presentes las necesidades de una población mayoritariamente en edades reproductivas y laborales jóvenes, y de una población que envejece. Tal vez debido a ello, la mayor carga de demanda de atención en salud sea la de mujeres jóvenes y en relación con el embarazo.

En una primera aproximación a la demanda de atención en salud, al excluir la demanda por embarazo en el sector público en salud, se advierte en los cerca de 3.5 millones de eventos anuales (promedio) la relevancia que tienen la atención debida a enfermedades del sistema digestivo, los traumatismos, las enfermedades del sistema genitourinario, neoplasias, y las enfermedades de los sistemas circulatorio y respiratorio (véase Gráfica 1).²



² La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud identifica las 10 principales causas de enfermedad (2014) a: 1) las infecciones respiratorias agudas, 2) las infecciones intestinales, 3) las infecciones de vías urinarias, 4) las úlceras, gastritis y duodenitis, 5) Gingivitis y enfermedades periodontales, 6) Otitis media aguda, 7) Hipertensión arterial, 8) Conjuntivitis, 9) Diabetes *mellitus* no insulino dependiente (Tipo II), 10) Obesidad. Tomado de Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, en [<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>] (Consulta 10 de julio de 2017).

Aspectos demográficos y epidemiológicos que se retroalimentan en el largo, en el mediano y en el corto plazos, en interdependencia con cambios globales en ambos campos y bajo condicionantes locales (nacionales) impuestas por el propio desarrollo económico, social e institucional bajo el que se establecen modelos (sistemas) de atención en salud.

Situación no lineal que implica posibilidades de retroceso o no avance en áreas delicadas de atención como la nutrición, la salud materno-infantil, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la atención de tumores malignos (neoplasias) o la emergencia de nuevos problemas de salud vinculados a las condiciones cambiantes de seguridad pública, exposición a la información y redes sociales digitales que hemos experimentado en el decurso de este nuevo siglo XXI.

La misma Gráfica 1 que da cuenta de la demanda de atención anclada a los problemas de salud emergentes incluye también el caso de las enfermedades nutricionales y del metabolismo, para las que la política pública ha diseñado e instrumentado desde hace más de una década programas, estrategias y acciones específicas.³ Sin embargo, se sitúa una escasa demanda de atención a los trastornos mentales y del comportamiento.

El proceso salud-enfermedad, y la depresión y el suicidio como problemas sociales

I. Proceso salud-enfermedad

Conceptualizar el proceso salud-enfermedad implica disponer de la referencia de lo qué es la salud y de una medición de las patologías que atraviesan el cuerpo, sus sistemas y sus órganos. Disponer de definiciones e indicadores estandarizados en ambos sentidos denota un esfuerzo global que se desarrolló durante prácticamente todo el siglo XX, y en el que han emergido definiciones oficiales, por ejemplo

³ Véase SS (2001). Programa de Acción Diabetes Mellitus, en [\[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf\]](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf) (Consulta: 11 de julio de 2017).

entender la salud como ausencia de enfermedad en las personas y de manera más general, en el paciente.

El criterio —elaborado en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar la salud— es el siguiente: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad" (OMS, Documento constitutivo).

Las propuestas empiristas ancladas a la transición epidemiológica ofrecen sin duda elementos descriptivos para explorar y caracterizar la situación que en materia de salud se presenta en la "población". La salud depende de múltiples condiciones, el binomio salud-enfermedad denota y hace evidentes procesos que alimentan y son alimentados por ingresos, empleo y ocupaciones diferenciales, por prácticas culturales y patrimoniales, por la marginación, la pobreza, la vulnerabilidad y el rezago social, por el tipo y calidad de los materiales de la vivienda, la ubicación, facilidad, información y orientación para el acceso a servicios de salud de primer, segundo o tercer nivel, así como por las propias condiciones ambientales, fisiológicas y el o los modelos institucionales de atención médica (práctica médica).

Sin embargo, al no ser la salud solamente una cuestión individual, la OMS reconoce que en sociedad, la salud y la enfermedad se refieren a todos sus miembros, así puede complementarse que desde el nivel macro hasta el nivel micro nos reunimos en conjuntos biosociales de distinta dimensión.

La definición de la OMS se inscribe en su modelo de salud que incluye actividades de promoción y protección de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción, así como en la consideración de las condiciones económicas, políticas, socioculturales, se podría decir para el caso de México que considere el cambiante panorama debido a la violencia que experimentamos, y que se experimenta también en muchos otros países, entre otros hechos como los crecientes riesgos ambientales.

Tabla 1. Configuración de un Sistema Ideal de Salud (El Universalismo de la OMS)

Universal: cobertura total de la población con alta calidad de atención.

Atención integral: incluye la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Equitativo: se refiere a la distribución de los recursos y a los principios de la Declaración de Alma-Ata (URSS) de 1978.

Eficiente: eficiente y eficaz, con costos y aceptabilidad social, derivado también de Alma-Ata.

Flexible: atención de las nuevas necesidades de salud.

Participativo: la población debe participar en la planificación y la gestión del sistema de salud.

Fuente: OMS (2000), Informe sobre la salud en el mundo. “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, Ginebra, en [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1]; y OMS (2008), Regreso a Alma-Ata, en [<http://www.who.int/dg/20080915/es/>] (Consulta: 4 de julio de 2017).

La OMS abona así a una conceptualización de un modelo de salud que guíe la configuración institucional y la provisión de los servicios de salud, dando lugar a sistemas de salud en los que, además de población objetivo y pacientes, haya personas. Sin embargo, es necesario valorar si para una política de salud con este panorama de intervención biosocial hay suficientes recursos y si los programas, estrategias y acciones respectivas no entran en conflicto con una orientación limitada y limitante de las funciones proteccionistas del Estado.

Funciones para las que por más de tres décadas, si bien se han configurado de ser un asunto de asistencia social a ser una cuestión de política y de derechos, y en cuyo horizonte distintos grupos sociales son ahora vulnerables ante la imposibilidad —entre otros hechos— de contar con servicios de salud integrales, enfrentando la incertidumbre cotidiana alimentada por la lógica de los costos de salud, que como en el caso de México, a pesar del *universalismo* propuesto por la OMS, la derechohabencia no tiene una cobertura universal, y donde esquemas como el Seguro Popular —dentro del Sistema de Protección Social en Salud— han tenido que rediseñar su cobertura de gastos.

En muchos casos, la salud aparece como un tema privado (incluso a veces ni de atención en la familia o en el hogar); un asunto que cada persona ha de atender según sus capacidades, incluido su conocimiento para demandar su derecho constitucional a la salud.

Sin embargo, salud y enfermedad —mejor aún—, la unidad que éstos conforman dan lugar a la configuración de regímenes de salud de alcance histórico, a través del cual se reconocen la determinación o codeterminaciones en aspectos biosociales, incluidos los psicológicos, influencia e impacto de distintos campos de la vida, del cuerpo y de la mente, para la producción de un estado estable, de un equilibrio, de un estar saludable o de un estar enfermo, para dar lugar a un dualismo aparente.

En países como México, todavía en muchas comunidades, valores como el de la solidaridad y prácticas ancestrales modifican el flujo de la información y de la intervención de los modelos gubernamentales en salud. Ahora bien, en el orden institucional existe un Protocolo de Intervención Comunitaria (que data de principios del siglo XXI) que visualiza el avance hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), y vía Unidades de Especialidades Médicas se contribuya:

... a que los individuos, familia y comunidad, adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado y, por ende, la práctica de estilos de vida saludables. Parte de estas actividades tienen un entorno favorable para su desarrollo en las escuelas, en áreas laborales, en grupos que la misma comunidad organiza para su bienestar. Su cuidado se basa en acciones de Atención Primaria a la Salud, brindando Educación para la Salud.⁴

II. La depresión y el suicidio como problemas sociales

La OMS indica que hay una gran variedad de trastornos mentales, en general; éstos se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. La depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la

⁴ SS (2015, 2017). Protocolo de Intervención Comunitaria, en [https://www.gob.mx/salud/documentos/protocolo-de-intervencion-comunitaria] (Consulta: 11 de julio de 2017).

demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo, se cuentan entre ellos.

El organismo internacional, como autoridad en materia de la salud indica que a escala global alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta. Además, que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en su vida; muchos de estos verdaderos problemas de salud incapacitantes para la vida y el trabajo.

La Secretaría de Salud en México afirma que la enfermedad mental participa con 13% de la carga global de enfermedad a nivel mundial, y que ésta constituye una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15-35 años, ya que es sabido que algunos trastornos mentales conducen al suicidio.⁵

De hecho, indica la OMS que cinco de cada 10 de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Añade que los trastornos mentales socialmente representan una carga psicológica, social y económica, y que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas.

Con el objetivo de medir la inversión gubernamental en salud mental, la OMS recaba información sobre los siguientes indicadores:

- 1) porcentaje que la inversión en salud mental representa en el gasto gubernamental en salud;
- 2) porcentaje que se invierte en hospitales de salud mental respecto al gasto gubernamental en salud mental;
- 3) cuenta con políticas sobre salud mental;
- 4) cuenta con programas sobre salud mental;
- 5) cuenta con legislación sobre salud mental.

La Tabla 2 muestra la información correspondiente a los dos primeros indicadores listados, y añade al final la información sobre México. Resalta, la

⁵ Véase SS (2013). Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, México.

presencia de países europeos, y de territorios insulares, así como de tres países centroamericanos.

Tabla 2. Los diez países con mayor porcentaje de inversión gubernamental en salud mental y en hospitales de salud mental, 2011

Países	% de gasto en salud mental respecto al gasto total en salud	Países	% de gasto en hospitales de salud mental respecto al gasto en salud mental
Francia	12.91	Gabón	1.0
Alemania	11.0	San Vicente	1.0
Holanda (países bajos)	10.65	Fiji	1.0
Suecia	10.0	Santa Lucía	0.97
Nueva Zelanda	10.0	Malta	0.97
Islandia	8.69	Guatemala	0.94
Eslovenia	8.0	Siría	0.94
Austria	7.64	Mongolia	0.94
Argelia	7.47	Nicaragua	0.91
Canadá	7.2	Honduras	0.88
		Armenia	0.88
México	0.65		N.D.

Nota: se conservan los decimales de la consulta.

Fuente: Elaboración propia con base en OMS. Mental health governance. Data by country. Global Health Observatory data repository. En <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en> Consulta 25 de julio de 2017.

Los conceptos utilizados aquí para analizar la evidencia empírica con relación a un trastorno mental (depresión) y con la terminación de la vida *motu proprio*, no se agotan en su significación inicial de morbilidad y mortalidad (suicidio); a través de ellos emerge su contexto social, económico, político y cultural, configurando territorios, espacialidades, ámbitos, geografías, trazos y cartografías específicas en el ámbito de las instituciones de salud, de las comunidades, de la familia o del hogar.

En ambos casos se trata de cómo éstos están y se hacen presentes en diferentes grupos de población, obligando a las instituciones a actuar, a reconocer la depresión como un problema serio de salud, que resulta socialmente mutilante y eventualmente se enlaza con la autodestrucción, aunque ésta tiene su propia etiología.

La OMS indica que la depresión es un trastorno mental frecuente, en el que la tristeza, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, así como los sentimientos de culpa o baja autoestima, los trastornos del sueño o del apetito, el cansancio y la falta de concentración constituyen en general los síntomas que presenta el paciente. Además, este trastorno puede ser de larga duración o recurrente, amén de afectar considerablemente la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Estadísticamente es una de las principales causas de discapacidad, la cual afecta a más de 300 millones de personas a escala global, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

La CIE-10 en el capítulo referente a “Trastornos mentales y del comportamiento” distingue nueve grandes agrupaciones para los trastornos y 77 padecimientos en total, de los cuales solamente dos corresponden a eventos depresivos, ubicados en trastornos del humor.

Tabla 3. Trastornos mentales y del comportamiento (componentes)
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
Trastornos del humor [afectivos]: <ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo. • Trastorno depresivo recurrente.
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
Retraso mental.
Trastornos del desarrollo psicológico.
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

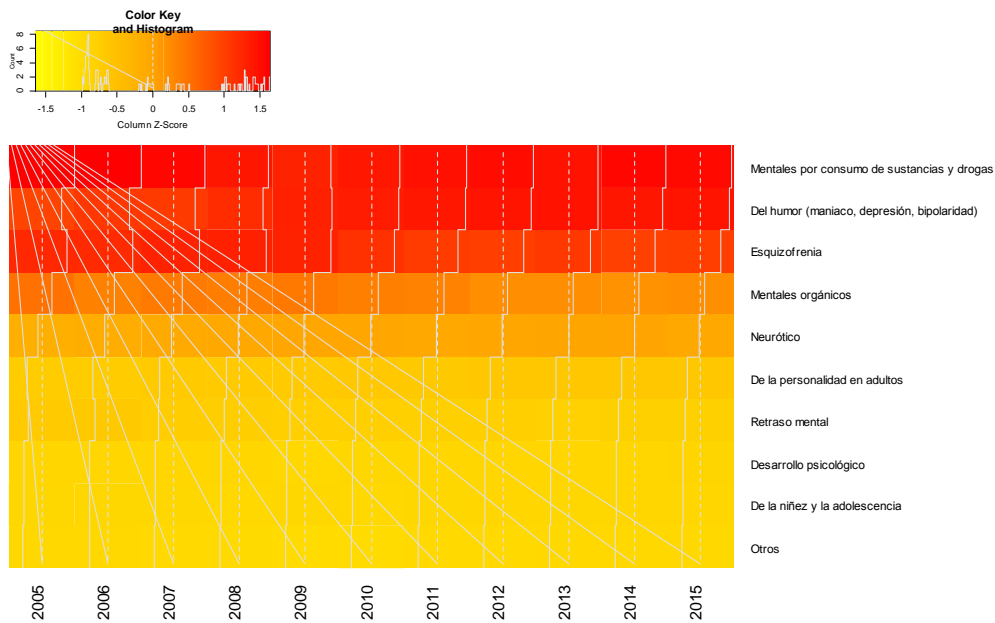
Fuente: Elaboración propia con base en OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

La información de egresos hospitalarios del sector público en salud en México, informa que la demanda de atención debida a trastornos mentales no ocupa un lugar privilegiado (alrededor del 1.3% en promedio anual del total de los eventos de egresos).

Los eventos de egresos hospitalarios debidos a trastornos mentales, en su línea temporal 2005-2015 se presentan en la Gráfica 2.⁶ En ésta se observa además de la importancia que tienen los trastornos mentales debidos al consumo de sustancias y drogas, la creciente relevancia que han adquirido los trastornos del humor, y la permanente presencia de los egresos debidos a la esquizofrenia.

⁶ A diferencia de la Gráfica 1 que permite ver la demanda efectiva de atención cotidiana, la Gráfica 2 hace referencia al total de eventos de egresos sin distinguir tiempo de permanencia en las instituciones de salud.

Gráfica 2. México. Eventos de egresos hospitalarios por año según tipo de trastorno mental CIE 10, 2005-2015



Fuente: Elaboración propia con base en SS. Tablas de egresos hospitalarios, varios años.

Respecto a los trastornos del humor, el caso de los episodios depresivos y del trastorno depresivo frecuente cubre 3 de cada 5 de este tipo de trastornos. Así, a pesar de que respecto a otros capítulos de la CIE-10, los “trastornos mentales y del comportamiento” presentan un menor volumen de eventos de egresos, su propia lógica de demanda de atención se encarga de situar dentro del campo de las políticas públicas y la legislación un espacio para su atención.

Ya en 2005 la OMS afirmaba que “todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían, asimismo, estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano.”⁷ Asimismo indica que la experiencia en la instrumentación de los enfoques prevaletentes en materia de salud mental (disperso y específico) han puesto de manifiesto que la práctica a

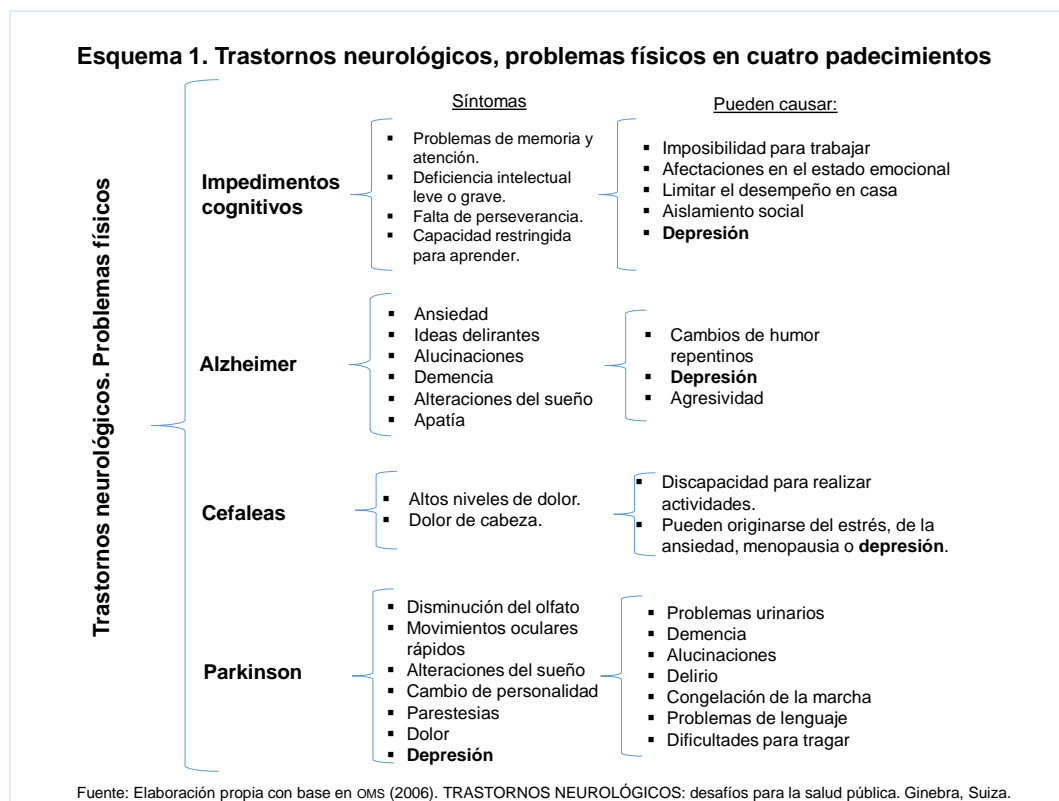
⁷ OMS, *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, 2005, Ginebra. Suiza.

veces difiere de lo dispuesto por la ley en asuntos relativos a la salud mental, donde se libra una batalla entre mejorar la conciencia ciudadana acerca de los trastornos mentales, educar a los gestores y al público en general sobre los derechos humanos, la reducción de los prejuicios, los estigmas, la discriminación, la segregación y la integración comunitaria.

Asimismo, remite a la experiencia en materia de legislación en salud mental de 14 países de los que destaca la cooperación técnica brindada por la OMS, las acciones de integración y rehabilitación, el respeto a los derechos humanos, la asesoría legal a los pacientes y a sus familiares, el involucramiento de la comunidad y la familia en las terapias de rehabilitación, así como la necesidad de que la atención en salud mental brindada por profesionales en este campo, responda a la realidad de los recursos humanos con los que cuentan los países, como en el caso de Sudáfrica. Los ejemplos de los países que han conducido a esta síntesis son: República de Corea, Italia, Inglaterra, Gales, la Federación Rusa, Bielorrusia, Japón, Austria, Trinidad y Tobago, Túnez y China, [así como] Río Negro [una provincia en Argentina].⁸ Los cambios recientes a la Ley General de Salud en México (2011, 2013 y 2015) en materia de salud mental la sitúan en el tenor de los modelos centrados en los derechos humanos.

Por otro lado, en 2006 en la publicación *Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública*, la OMS abordó uno de los problemas más acuciantes del vínculo entre las transiciones demográfica y epidemiológica: el envejecimiento prolongado de las poblaciones y los trastornos neuroevolutivos, que se asume están aumentando en la carga global de enfermedad a escala mundial. Así, el andamiaje para abordar los trastornos mentales va de la mano con los cambios demográficos y no atañe sólo a niños, jóvenes, mujeres, sino a nuestra gente grande. Precisamente en relación con ésta, el Esquema 1 muestra cómo la depresión puede ser resultado de algún trastorno neurológico.

⁸ OMS, *Ibid.*



La salud mental en México forma parte de los preceptos iniciales de la Ley General de Salud y del conjunto global de políticas y programas públicos anclados a la planeación del desarrollo nacional. En concordancia con la OMS, la LGS define también a la *salud* como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la limita a la ausencia de afecciones o enfermedades.⁹ Y específicamente, el capítulo VII está dedicado a la salud mental, integrando siete artículos, de los cuales, sin menoscabo de los demás, en el 72 y 73 se define que, en materia de salud, ésta tiene carácter prioritario y la redacción de ambos artículos sostiene un enfoque preventivo de las enfermedades de este tipo.

⁹ Poder Ejecutivo (2017), Ley General de Salud, artículo 1 Bis (adicionado en 2013). *Diario Oficial de la Federación*.

En la programación sectorial vigente (2013-2018) México cuenta con el Programa de Acción Específico en Salud Mental que fue diseñado bajo el modelo Miguel Hidalgo en el que prevalecen:¹⁰

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.

En el caso del suicidio, su identificación como causa de muerte es en realidad sencilla y no inscribe mayor complejidad: La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) precisa, citando a la OMS, que el *suicidio* es un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal.¹¹ En la práctica la determinación del mismo se ancla a una cuestión de carácter médico-jurídico.

La propia Organización Mundial de Salud indica que “Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.”¹²

Así, esa aparente decisión individual responde a múltiples factores sociales, culturales, económicos, la predisposición genética entre otros,¹³ lo que hace que

¹⁰ Véase SS (2013), *Op. Cit.* Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, México. En [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf] (Consulta: 26 de julio de 2017).

¹¹ OCDE (2016), Factbook 2015-2016, Economic, Environmental and Social Statistics. En [<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3015041e.pdf?expires=1501011980&id=id&accname=guest&checksum=169EDFE521B743A572CE9AE2ED63DAE9>], pp. 206.

¹² OMS (2017), Temas de salud. Suicidio. En [<http://www.who.int/topics/suicide/es/>] (Consulta: 25 de julio de 2017).

¹³ Se estima que la predisposición genética implica un 55% de heredabilidad en los intentos graves de suicidio. Véase Parra, B. S. *et al.* (2015), “Typus Melancholicus de Tellenbach, endofenotipos y

éste sea un problema de salud pública, y por tanto, objeto de prevención y de atención gubernamental a través de políticas públicas no sólo de carácter médico.

La OMS indica que el suicidio se ubica entre las 20 causas de muerte más importantes a todas las edades a escala global. Se estima que anualmente se suicida cerca de un millón de personas. A nivel mundial los 10 países con las tasas más altas de suicidio tienen una ubicación geográfica multirregional; en primer lugar se halla Sri Lanka, seguida de Guyana, Mongolia, Kazajistán, Costa de Marfil, Surinam, Guinea Ecuatorial, Lituania, Angola y República de Corea. México ocupa la posición 142 de entre 182 países para los que este organismo recaba información (véase Tabla 4).

Tabla 4. Los países con las mayores tasas de suicidio, y las tasas de homicidio en México, 2000-2015 (por 100 mil habitantes)

Países/Año	2000	2005	2010	2015
Sri Lanka	38.3	30.9	28.7	34.6
Guyana	26.1	28.2	28.7	30.6
Mongolia	31.8	33.6	32.9	28.1
Kazajastan	39.1	29.9	26.1	27.5
Costa de Marfil	22.2	25.1	26.4	27.2
Suriname	29.0	30.0	29.0	26.9
Guinea Ecuatorial	27.7	26.3	27.9	26.6
Lituania	45.3	35.3	27.9	26.1
Angola	23.8	25.6	26.2	25.9
República de Corea	14.2	24.2	27.9	24.1
México	3.7	4.3	4.4	5.0
Homicidios en México				
Homicidios	10.6	9.3	22.8	16.8
Homicidios dolosos	13.7	10.5	18.1	14.1

Fuente: OMS. Global Health Observatory data repository Suicide rates, age-standardized Data by country; INEGI. Mortalidad. Consulta interactiva, 26 de julio de 2017; SESNSP. Cifras de homicidio doloso, secuestro, extorsión y robo de vehículos 1997-2017; CONAPO. Proyecciones de población 2010-2050, México.

conducta suicida”, en *VI Encuentros en Psiquiatría*, “Conducta Suicida”, Biblioteca OnLine, *Psiquiatría*, Biblioteca de Salud Mental, Sevilla, España.

En México, de acuerdo a su volumen, los suicidios se ubican también entre las primeras 20 causas de muerte. En 2000, del total de causas de muerte registradas, éstos se ubicaron en la posición 17, en 2005 variaron a la 16, en 2010 y 2015 pasaron a la posición 15 y a la 14, respectivamente. Por supuesto, la constante en primer lugar ha sido la muerte por enfermedades del corazón (véase Tabla 5).

Este esquema presenta algunas variaciones al considerar si se trata de hombres o mujeres. En el caso de estas últimas, para 2015, si bien en ambos sexos predominan las defunciones por enfermedades del corazón, el suicidio se mueve a la posición 18 en el caso de las mujeres; y se recorre a la 12 para los hombres. El análisis de la tasa de suicidios por sexo también muestra diferencias importantes por sexo.

Tabla 5. México. Principales causas de muerte registradas, 2000-2015

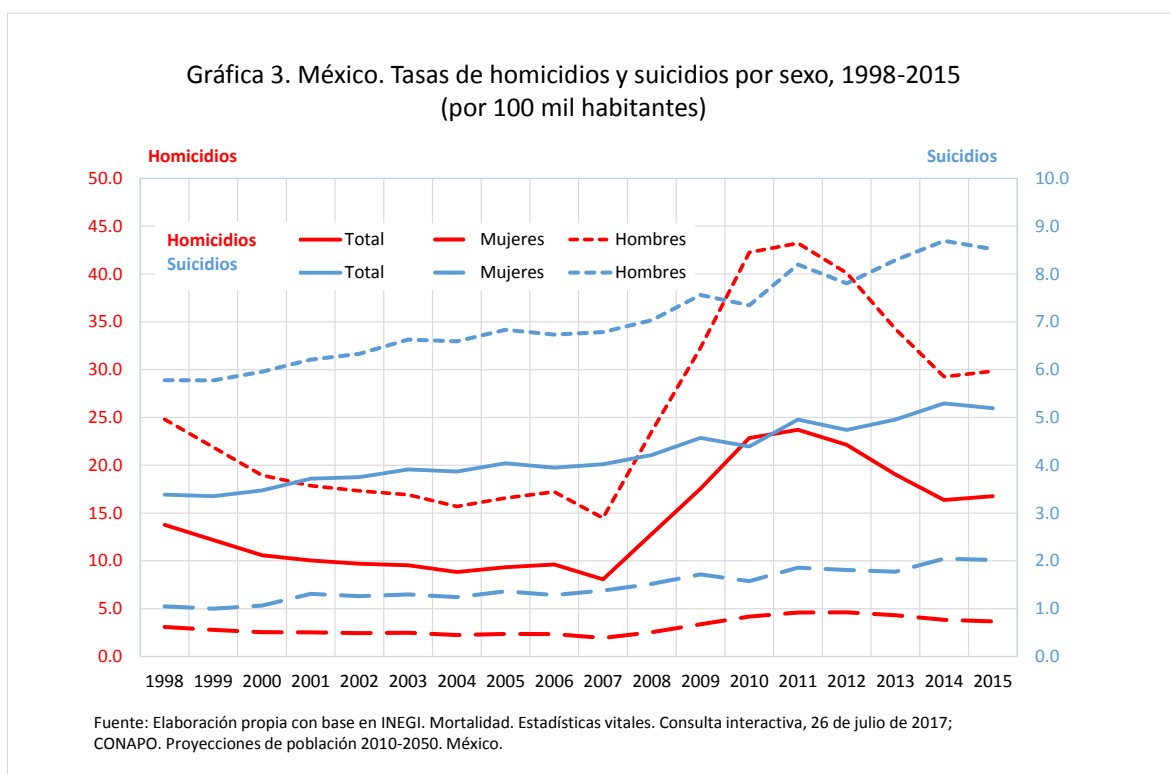
Posición	2000	2010
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos	Diabetes mellitus
3	Diabetes mellitus	Tumores malignos
4	Accidentes	Accidentes
5	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Ciertas afecciones originadas en el período	Ciertas afecciones originadas en el período
8	Influenza y neumonía	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía
10	Agresiones	Insuficiencia renal
11	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Agresiones
12	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13	Insuficiencia renal	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
14	Bronquitis crónica y la no especificada,	Bronquitis crónica y la no especificada,
15	Enfermedades infecciosas intestinales	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	Lesiones autoinfligidas intencionalmente
17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	Enfermedades infecciosas intestinales
18	Septicemia	Septicemia
19	Anemias	Anemias
20	Síndrome de dependencia del alcohol	Úlceras gástrica y duodenal
	2010	2015
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Accidentes	Accidentes
5	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Agresiones	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Agresiones
9	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía
10	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Insuficiencia renal
11	Insuficiencia renal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
13	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	Lesiones autoinfligidas intencionalmente
15	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
17	Septicemia	Enfermedades infecciosas intestinales
18	Anemias	Anemias
19	Enfermedades infecciosas intestinales	Síndrome de dependencia del alcohol
20	Síndrome de dependencia del alcohol	Septicemia

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI. Defunciones generales. Tabulados predefinidos. Estadísticas vitales.

En la Gráfica 3 se muestran las tasas de suicidio y homicidio a escala nacional, y para hombres y mujeres, mayores tasas en ambos tipos de defunciones. Por ahora interesa destacar que para ambos tipos de defunciones y sexos se configuran tendencias contrastantes. En homicidios, el cambio abrupto de mediados de la primera década del siglo XXI, casi en su totalidad masculino, hace evidente que la violencia alimenta el viraje de la mortalidad en el país, y podría servir de evidencia

para proponer un retroceso en el cambio epidemiológico en el país, que en su aparente coyuntura ya ha impactado la esperanza de vida. Por su parte, las tasas de suicidios muestran un patrón más suave pero persistente al alza a lo largo del periodo analizado.

La correlación entre estos eventos para ambos sexos es apenas poco más fuerte en el caso de los suicidios que en el de las defunciones. En ambos casos entran en juego una dicotomía inicial entre la violencia individual contra uno mismo (suicidios) y la violencia social (homicidios). La violencia individual, no obstante no deja de ser definida socialmente, pese a la carga genética y biológica que pueda contener.¹⁴ De hecho, en la actual Ley General de Salud existe sólo una alusión al suicidio en relación con la prohibición del “suicidio asistido”, y estadísticamente la CIE-10 contiene en su clasificación los códigos relativos al suicidio con relación a la historia personal, familiar, por sospecha, por riesgo y tendencia.



¹⁴ Véase J. Laplante, *La violence, la peur et le crime*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2001, Ottawa, Canadá.

La OMS precisa que son factores de riesgo del suicidio “Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales [...]”.¹⁵

Comentarios finales

A la zaga de la violencia que se vive en México, marcada por la continuidad de la ola de homicidios dolosos, secuestros, desapariciones forzadas, desplazamientos masivos, la violencia contra las mujeres, contra los migrantes, y muchos otros grupos vulnerables como los niños, niñas, adolescentes, población en situación de calle y/o sin vivienda, las extorsiones y los robos, se suman los diversos trastornos mentales, no necesariamente físicos, y se hacen visibles en el perfil epidemiológico en el país.

Situaciones a las que se suma la violencia autoinfligida que lleva a la muerte, y en la que la prevención integral juega un papel destacado, lo que implica informar y educar para solicitar su atención y para brindar la atención, frente a cierto condicionamiento, tal vez una anomalía o tal vez un aspecto más de la anomía social que se impone en ciertos campos de la vida social.

La atención en salud, la detección a tiempo de cualquier padecimiento, su diagnóstico, su tratamiento y la rehabilitación del paciente son condición única que debería atravesar cualquier modelo de salud bajo el cual se organicen las instituciones correspondientes.

La depresión y el suicidio aparecen como un tabú, no sólo en la vida cotidiana sino también en el ámbito clínico. En general, las personas que sufren de depresión (y de otros trastornos mentales) deciden no hablar de ello. Aunque las razones para esto pueden ser múltiples, la capacitación a profesionales de la salud en este tópico, la cooperación internacional, la educación al público, a la comunidad y a la familia

¹⁵ Véase OMS (2017). Prevención del suicidio, Salud mental. En [http://www.who.int/mental_health/prevention/es/] Consulta 10 de julio de 2017.

son componentes que ya se identifican en los diagnósticos y recomendaciones de organismos internacionales especializados en temas de salud, y de diversas legislaciones nacionales, incluida la de México.

En el caso de la prevención de los trastornos mentales la demanda de atención mantiene un bajo perfil en el panorama epidemiológico del país; no obstante, la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales con base en la evidencia disponible ha impelido al diseño y promulgación de una legislación específica integrada a la Ley General de Salud, y a la instrumentación de programas y políticas para su atención.

A escala internacional, el Programa de Acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, presentado en 2008, utiliza orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y, hecho importante, dirige la capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales. También su Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas.

De las instituciones de encierro, del ostracismo, la segregación, la discriminación y el rechazo falta trabajo en la legislación y en las políticas de atención a la salud mental con un enfoque en el que no sólo predominen, sino que se garanticen el ejercicio de los derechos humanos de los pacientes. También resta monitorear la inversión gubernamental para que se constituya un avance sustantivo en la atención de los trastornos mentales.

No es suficiente con tener presente que a escala global alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta, y que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en su vida.

¿Estará en mi vida cotidiana el hecho de que estos problemas de salud podrían incapacitarme para la vida y el trabajo?

CENTRO DE
ESTUDIOS SOCIALES Y
DE OPINIÓN PÚBLICA



CÁMARA DE DIPUTADOS
LXIII LEGISLATURA

www.diputados.gob.mx/cesop

 cesop01

 @cesopmx