

CRISTINA PALOMAR VERA Y

MA. EUGENIA SUÁREZ DE GARAY

La atención de la salud mental en Jalisco.

Entrevista con el doctor Benjamín Becerra

ENTREVISTA

MARÍA CRISTINA DA FONSECA

ENCEFALOGRAFÍA

LIDIA CACHO RIBEIRO

**¡NUNCA MÁS EL SILENCIO! SALUD MENTAL
Y SIDA. LA ECONOMÍA DEL CUIDADO: OTRA
VEZ LAS MUJERES**

ALFONSO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MUJERES QUE ENSEÑAN

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ ACEVES

VIUDAS EN LA HISTORIA

CRISTINA PALOMAR VERA Y

**UN FORO INTERNACIONAL PARA
REINVENTAR LA GLOBALIZACIÓN**

MARTA COSTA PAU

MUJERES SABIAS

NOTAS Y AVISOS

EN LA MIRA

CRISTINA PALOMAR VERA Y
MA. EUGENIA SUÁREZ DE GARAY

La atención de la salud mental en Jalisco

Entrevista con el doctor Benjamín Becerra, director general del Instituto Jalisciense de Salud Mental, 11 de septiembre de 2002.

¿Cuál es la situación de la salud mental en nuestro entorno?, ¿cuáles son los principales problemas en este campo?, ¿con qué perspectiva se diseñan las políticas públicas para este difícil campo de la atención a la salud?, ¿se incluye, acaso, una visión de género en dicho diseño?

Éstas son algunas de las preguntas que nos llevaron a realizar esta entrevista con el doctor Benjamín Becerra, director general del Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco, puesto al que llegó con la presente administración. Sin embargo,

el doctor Becerra formaba ya parte del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud desde antes, y ya había participado en algunos estudios orientados a concientizar a la población de la importancia de la atención a los problemas de la salud mental, campo tradicionalmente poco atendido.

En los últimos años parece que los impulsos de la modernidad han llegado al campo de la atención de la salud mental en el estado de Jalisco. Nos informa el doctor Becerra que, después de muchos años en los que en este campo se mantenía una situación muy precaria, ahora las cosas están cambiando.

La primera de las instituciones para la atención a la salud mental que hubo en Jalisco fue la llamada Granja de Recuperación, que luego se llamó Hospital Psiquiátrico de Jalisco y que actualmente se llama Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISAME), dividido en

estancia breve —que alberga personas un promedio de siete días—, y de estancia prolongada —donde se pretende que la estancia no sea mayor a seis meses—. En toda la República, existen 28 hospitales psiquiátricos, y la mayoría están fuera de las áreas metropolitanas de mayor concentración, son lugares aislados y apartados. Una de las políticas en el terreno de la psiquiatría en Jalisco es justamente modificar esa visión de la atención psiquiátrica como algo que hay que aislar, desaparecer e impedir que sea visto; con esta finalidad, se han propuesto cambiar las instituciones de atención a la salud mental para adaptarlas a las necesidades reales y a los objetivos actuales, desarrollando nuevas estrategias de solución con los problemas que plantea este sector.

En 1988, se contaba en Jalisco con un departamento de salud mental atendido por quince personas. En

1996 las cosas comenzaron a cambiar en el estado; como primera estrategia se realizó un diagnóstico del personal y se concluyó que, además de ser muy escaso, estaba concentrado en la zona metropolitana de Guadalajara. Un segundo paso fue la realización de un estudio epidemiológico de los trastornos mentales en Jalisco para, a partir de ahí, generar alternativas de atención.

En 1997 se supo, mediante algunos estudios, que uno de cada cinco jaliscienses puede presentar problemas de salud mental a lo largo de su vida; es decir, 20% de la población tendrá, en algún momento, necesidades de atención de la salud mental. Se supo también que la población con problemas de salud mental que en algún momento se tiene que hospitalizar es aproximadamente de 4% a 5%, una proporción muy pequeña para que se justifique una atención de la salud

mental planificada sobre un esquema de internamiento. Por lo tanto, el actual foco de atención para el sector de la salud mental es ese otro 95% de la población que en algún momento puede tener un problema en el ciclo *vital de la vida*, que puede conducir a generar solamente un fenómeno de adaptación transitorio que no requiere hospitalización. Es a esta población a la que se quiere enfocar con el programa de salud mental en el estado, con estrategias basadas en dos puntos fundamentales: cambiar las visiones estigmatizadas de la salud mental y fomentar la educación de la población en la prevención y la promoción de condiciones favorables para la salud mental.

Actualmente, el sistema de atención a la salud mental del estado de Jalisco se conforma por varios Módulos Comunitarios de Salud Mental (MCSM) y los dos CAISAME. Los MCSM empezaron a trabajar en abril

de 1998, e incluyen un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social, pero fuera del área metropolitana. Jalisco está dividido en trece jurisdicciones sanitarias, cuatro en el centro y nueve foráneas; en siete de las nueve foráneas se crearon MCSM que han trabajado de la siguiente manera: dos días se dedican a dar consulta psiquiátrica o psicológica; otros dos días hacen promoción y prevención, y un día trabajan exclusivamente para adicciones, promoción y prevención de conductas adictivas, con terapias tanto de parejas, como de grupo e individuales. Estos módulos trabajan en áreas amplias que exceden los límites de sus jurisdicciones, intentando dar la mayor cobertura posible.

Se realizó una inversión inicial de cuatro millones de pesos en medicamentos especiales en psiquiatría para esos MCSM, con la finalidad de que las personas no tengan necesidad de movilizarse hasta Guadala-

jara, ya que si se considera la pérdida de tiempo, los gastos en alimentos, hospedaje y transporte para el paciente y su acompañante, el costo es excesivo. Con los módulos, ya no deben desplazarse, puesto que tienen una capacidad de resolución del 85% al 90% de los casos que llegan ahí. Solamente en los casos en que se valora cierto riesgo para los pacientes o sus familiares, los casos son canalizados a los CAISAME.

Entrevistadora: En esta administración del gobierno del estado se ha experimentado un incremento en la atención a la salud mental, ¿a qué se debe esto?, ¿es que ha crecido la problemática de la salud mental en el estado o es que el aparato de la Secretaría de Salud tiene por fin condiciones para atender este sector?

Doctor Becerra: Bien, yo creo que si hoy el gobierno del estado está volteando los ojos a ver la salud

mental, es porque nosotros desde 1996 venimos trabajando en el Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud y empezamos a crear la conciencia de la importancia en la atención a los problemas de salud mental. La carencia de salud mental la encontramos en cualquier parte, no hay más que voltear a nuestra casa, ya no digo fuera o en la calle; desgraciadamente los problemas de salud mental siempre los asociamos con un mito que ya traemos de mucho tiempo atrás, que lo escuchamos en todas partes: que solamente recurren a los servicios de salud mental la gente que está "loquita" y esto sabemos que es una mentira, y es la gran mentira tras la cual se ha escondido a los problemas de salud mental.

Otro problema también, si nos venimos desde atrás, es que desgraciadamente la parte visible de la atención a la salud mental son los hospitales psiquiátricos, donde lo

que encontramos son a los enfermos deteriorados, a los pacientes psicóticos que son los que la gente llama los pacientes *loquitos*; y la opinión pública piensa que cuando hablamos de *salud mental* hablamos de locura. Éste ha sido un gran reto para nosotros: cambiar esta visión que definitivamente lo único que ha hecho es entorpecer la evolución que debe tener un programa de salud mental.

La responsabilidad de esta manera prejuiciosa de entender la salud mental, pensamos nosotros, es compartida; no solamente ha sido de la propia comunidad, sino también de los medios de comunicación, de aquellos que toman decisiones o de personas que influye en la gente; como pueden ser los mismos profesionales de salud; también es importante señalar que la propia rama médica no está muy convencida de lo que hacemos los médicos psiquiatras. La ignorancia, en mu-

chas ocasiones, hace que este mito continúe y eso ha sido un gran reto que nosotros tenemos hoy, que desde 1996-1997 nos planteamos, cuando empezamos a trabajar en la administración anterior con el problema de la salud mental.

Entonces nos dimos cuenta de que en Jalisco definitivamente había un atraso importante, y decidimos cambiar las cosas sin tomar como referencia ningún otro modelo a seguir en la República, porque no lo hay; por lo tanto, empezamos a trabajar casi de cero y lo primero que hicimos fue enfrentar la necesidad de saber cómo estaba trabajando Jalisco en las cuestiones de salud mental. Y nuestra sorpresa fue muy grande —aunque sabíamos que nos íbamos a encontrar con ella—: el personal era muy escaso, el apoyo era nulo y no había un programa homogenizado para poder dar la atención en el estado de Jalisco.

Nos dimos cuenta de que existía un Hospital Psiquiátrico de Jalisco, con un cupo de 352 camas, que está en el municipio de Tlajomulco y que se dedicaba a atender a pacientes crónicos deteriorados, con enfermedades severas y persistentes, con un promedio de estancia hospitalaria, en aquel entonces, de alrededor de los 17 ó 18 años, con un costo de aproximadamente \$10,000 pesos por mes por paciente en 1997-1998. Nos dimos cuenta de que existía el servicio de psiquiatría del Hospital Civil, con un cupo de 20 camas, donde también era muy precario el servicio que se daba porque la demanda era mucho mayor. Y en la Secretaría de Salud contábamos con este hospital y con ciertos módulos de salud mental, pero que trabajaban de manera aislada y donde solamente había cuatro psiquiatras, nueve psicólogos y un trabajador social distribuidos en diez centros de salud en la zona metropolitana; además, cada

psicólogo traía su programa, trabajaba como podía, y aunque sí sabía y le exigían, esto no se daba de una manera coordinada. Y teníamos aquí, en el Hospital General de Occidente, a tres psiquiatras y a nueve psicólogos que se dedicaban exclusivamente a la atención de pacientes con alguna enfermedad médica.

Entonces, el balance indicaba que teníamos un aparato de salud mental completamente desvinculado, donde no podíamos tener un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado, y al que era muy difícil que cualquier paciente que tuviera alguna enfermedad mental pudiera tener acceso, porque tener que venir, hacer cola, esperar, poner a prueba una tolerancia y una paciencia difíciles de esperar, por lo cual se tomaba la decisión de recurrir a un psiquiatra privado. Cuando alguna persona fuera del área metropolitana tenía algún problema de salud mental teníamos, en

1997, por todo personal especializado, a esos cuatro psiquiatras, nueve psicólogos y un trabajador social, además de un psiquiatra en Ciudad Guzmán y un psicólogo en Puerto Vallarta.

Éste fue nuestro primer reto; nos dimos cuenta de que la Organización Mundial de la Salud señala que debe haber un psiquiatra por cada 20 mil habitantes y un psicólogo por cada 10 mil habitantes; nosotros teníamos una cobertura, según la OMS, de un psiquiatra aproximadamente por cada 200 mil habitantes, y teníamos un psicólogo por cada 300 mil habitantes. Es decir, una carencia muy importante; teníamos una cobertura por psiquiatra de 2.1% y teníamos una cobertura por psicólogo de 4.2%, muy por debajo de los indicadores que nos marca la Organización Mundial de la Salud (claro que estos indicadores son para países de primer mundo, por supuesto que estamos muy alejados).

Después de hacer el diagnóstico del personal, de las carencias y de la forma de trabajar, a pesar de haber contado —se puede ver en la página de internet— con un departamento durante diez años, lo que podíamos ver era que se había dado cierta negligencia y falta de sensibilidad que habían conducido a apostarle más a otros programas de salud, donde se pueden tener más logros políticos que impacto en la salud mental, pues es a lo que muchos le han apostado.

Lo primero que nosotros hicimos fue hacer un estudio epidemiológico de la salud mental en el estado de Jalisco, que nos llevó cerca de dos años, que nos mostró primero que no tenemos personal y luego nos llevó a planteamos la pregunta siguiente: ¿necesitamos personal? Pues, qué tal si el problema de salud mental no es tan grande o qué tal si hay otras prioridades dentro de las líneas de acción del actual se-

cetario, como puede ser vacunación, como puede ser el dengue, como puede ser la tuberculosis. Claro que si estas enfermedades repercuten más en la salud pública, pues las baterías van a estar enfocadas para allá. Entonces, lo que nosotros hicimos fue hacer visible lo que nadie puede ver, porque ése es un problema importante de la salud mental, ya que no es lo mismo que alguna enfermedad infecciosa, donde yo puedo sacar un examen y puedo detectar que es un problema, o donde yo puedo ver la enfermedad a través de mis ojos, una fractura, una infección, pus, sangre, cualquier cosa que yo pueda ver.

Ése es el gran problema que nosotros tenemos como profesionales de salud mental, que los problemas no se ven, los problemas los siente el paciente; no es lo mismo que una paciente llegue y nos diga: "¿Sabe qué? Me siento mareada, traigo mucho dolor de cabeza, traigo mu-

chas taquicardias"; y checamos la presión arterial en ese momento y sabemos que trae una presión de 200/120. Por supuesto que esto no es una emergencia y podemos tomar decisiones. Pero no es lo mismo cuando un paciente llega y nos dice: "Doctor, estoy escuchando voces" o "Tengo apariciones y visiones". Y lo primero que hacemos es, en vez de tener una evaluación médica, lo primero que decimos es "No te preocupes, estás loco, se te va a pasar, lo que tienes que hacer es ir a misa, es que no me haces caso", y empezamos con una serie de consejos, como si esto fuera voluntario y no una enfermedad.

Eso nos pasa hasta en nuestra casa, en el ambiente médico, donde en ocasiones la gente manifiesta problemas de salud mental y no se detectan tempranamente y eso hace que la atención se retrase, se prolongue y repercute seriamente en la calidad de vida.

Hay varios estudios que se han hecho desde la ciudad de México a nivel nacional, pero con muestras muy escasas en cada uno de los estados. Sin embargo, nuestros resultados fueron muy de acuerdo con lo que se había hecho en el ámbito nacional, donde tenemos una morbilidad en población adulta de 15% a 18%. ¿Qué quiere decir esto? Que de 15% a 18% de la población puede tener algún problema de salud mental en el transcurso de su vida. En los niños, en la población infantil, es de 15% a 20%. Esto es, estamos hablando casi de 19% a 20%: uno de cada cinco jaliscienses puede tener algún problema de salud mental en el transcurso de su vida. *Problema de salud mental*, no estoy hablando de locura. De ese 20% que en algún momento puede presentar alguna enfermedad mental, si ese 20 se convierte en 100, solamente 4% de las enfermedades psiquiátricas necesitan hospitaliza-

ción en algún momento de su vida; el otro 95% ó 96% son personas que necesitan información, que necesitan orientación o intervención psicológica o intervención en crisis y que en algún momento pueden también necesitar medicamentos.

No todos los pacientes que recurren a un profesional de la salud mental están locos; y no todos los problemas que atienden los profesionales de salud mental necesitan medicamentos; éstos son los dos grandes problemas que enfrentamos y es lo que nosotros tenemos que combatir. Cualquier persona puede tener un problema de salud mental y no necesariamente estar loco. ¿Qué pasa cuando no encuentras trabajo?, ¿qué pasa cuando encuentras trabajo y te lo quitan?, ¿qué pasa cuando se muere tu mascota?, ¿qué pasa cuando te termina el novio?, ¿qué pasa cuando te peleas con el esposo?, ¿qué pasa cuando tu hijo se enferma? Todo esto repercute en

tu funcionamiento y en tu salud mental.

E. : ¿Cuáles serían los principales problemas de salud mental que ustedes observan en el estado de Jalisco? ¿Usted cree que hay alguna diferencia entre lo que sucede en el contexto de la vida urbana y lo que tiene que ver con un medio rural?; es decir, ¿cómo podría distinguir estas problemáticas, si es que hay alguna distinción?

Dr. : Mire, lo que sí hicimos en este mismo estudio, que fue en la zona metropolitana y cuatro ciudades grandes (Tepatitlán, Ciudad Guzmán, Puerto Vallarta y Arca), fue lo siguiente: se estratificó la muestra, sacamos un promedio de 1,500 encuestas, se hizo el estudio epidemiológico, para lo cual pedimos asesoría del Instituto Nacional de Psiquiatría. Y en aquel momento, en 1997, nos dimos cuenta de que la población abierta potencialmente

afectada, ascendía a más de 750 mil jaliscienses. Con estas dimensiones de la problemática y con los recursos que entonces se contaba, nos presentamos con el secretario de Salud: "Señor, ésta es nuestra realidad". Por supuesto, después de vernos trabajar en ese sentido, había que demostrarle qué y cómo podíamos enfrentar la situación. Nos pidió un proyecto y lo primero que nos dice fue lo siguiente:

Perfecto, aquí en la zona metropolitana, bien o mal, tenemos el Hospital Psiquiátrico, tenemos el Hospital Civil, el IMSS atiende en el Sanatorio San Juan de Dios, el ISSSTE también subroga camas con ellos y da consulta externa en algunas unidades; por lo tanto, bien o mal, aquí hay servicios y además hay servicios privados ¿Qué pasa con las nueve jurisdicciones foráneas?

Entonces dice: "¿Cuál sería tu primera estrategia?" Poner servicios de salud mental donde solamente el psiquiatra se haga cargo, sería el peor error. Los psiquiatras no estamos capacitados para solucionar el problema de la salud mental, ¿por qué? Porque el problema de la salud mental es multifactorial; es decir, intervienen factores biológicos, factores psicológicos y factores sociales. ¿A qué me refiero con factores biológicos? Tenemos que pensar y darnos cuenta de que a veces tu cuerpo no reacciona como tu quisieras que reaccionara, ¿por qué cuando en alguna ocasión vas de día de campo y te mojas no te da gripa y por qué un día porque te bañaste y tenías la ventana abierta te dio un griporón y te dio temperatura? No lo sé, depende de tu equipo biológico, depende de que, a lo mejor, hasta tu estado de ánimo, tu estado inmunológico en ese sentido estaba

bien fortalecido y no te enfermas-te. Cuántas veces vas a los tacos de buche, te comes cinco, además le pones cebollita y cilantro y no te pasa nada y en otras ocasiones comes en tu casa y te da diarrea. Todo depende de la vulnerabilidad de tu cuerpo, que ésa es la parte biológica de tu cuerpo.

La parte psicológica, donde influyen factores genéticos, desde lo que te influyen tu mamá, tu papá y la formación en el transcurso de tu vida, es lo que hace que tengas una personalidad, que a los dieciocho años se consolida; es la unión del temperamento y el carácter que depende de tus estrategias para solucionar problemas, es lo que te va a dar la funcionalidad. No es lo mismo que tú tengas una serie de problemas y de todo encuentres problemas, a que seas una persona productiva; ¿cómo te das cuenta de ello? Acuérdate de tu amigo de la escuela, de la facultad, cuál era el más burro;

porque éste tenía un conjunto de actitudes que lo caracterizó por ello; del más relajado, del más inteligente, del que todo quería solucionar, del líder. Eso es lo que nos hace la distinción entre los seres humanos, donde nuestro conjunto de actitudes nos van caracterizando. Y así, la forma de ser en la escuela, es la forma como son ellos en la familia, en el trabajo, en todos sus ámbitos de desarrollo; una persona no puede tener dos personalidades y comportarse de una manera igual o diferente en un ámbito que en otro, generalmente es el mismo, lo único que modifica es el medio ambiente y las respuestas son diferentes.

Y en el aspecto social, no es lo mismo que tengas una desnutrición social y estés aislado, a una persona que empieza a convivir, a compartir, se enseña a dar, a recibir, enseña las reglas del juego de la vida desde la familia y posteriormente en la sociedad, a una persona que se le

tiene aislado y que todo se le dice que está mal. Y aquí entra la familia, la escuela, los amigos, todo lo que está fuera de él mismo. Por eso, los problemas de salud mental no debemos de tratarlos sólo los psiquiatras ni los psicólogos ni los antropólogos ni los sociólogos ni los trabajadores sociales; esto es, debe haber una vinculación de estas esferas. Por lo tanto, me dice el secretario que cómo le voy a hacer. Necesitamos equipos multidisciplinarios, de un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social: "Lo primero que te voy a decir es que no lo quiero en el área metropolitana, hay que sacarlos fuera de la zona metropolitana. Hay que hacer los servicios accesibles, comunicados y donde tengan esta capacidad de resolución".

Por lo tanto, en aquel entonces conseguimos plazas para que siete de las nueve jurisdicciones tuvieran módulos comunitarios de salud

mental. Empezamos en abril de 1998, conseguimos veintiún plazas —que son difíciles de conseguir— y empezamos a trabajar con módulos comunitarios de salud mental en abril de 1998. Empezamos con jurisdicciones donde contaban con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, donde ellos venían trabajando, vienen trabajando, donde dan dos días consulta. Porque también estamos convencidos de que si nosotros no enfrentamos el problema de la salud mental a dos vías, estamos fritos. ¿Qué quiere decir esto? Ahorita tenemos un problema real de salud mental, tenemos que trabajar con ellos; por ejemplo, yo no puedo quitar a estos pacientes que tengo hospitalizados, ¿a dónde los mando, a la calle, a que abusen de ellos, a que los machuquen, a que los maten? No, tenemos que trabajar con el problema real, pero también tenemos que cerrar la llave y la llave de esta man-

guera, que son unos de los que ya tenemos y otros para que no sigan saliendo, es mediante las campañas de promoción y prevención.

Por lo tanto, en los módulos comunitarios se funciona de la siguiente manera: hay dos días consulta para la gente que ya tiene problemas; dos días se trabaja con modelos de promoción y prevención en la salud mental, y un día en la prevención de adicciones, que es un problema que nos brota por todos lados, donde el objetivo es generar estilos de vida saludables con un programa que se llama "Construye tu vida sin adicciones", con el que los enseñan a desarrollar ambientes saludables, toma de decisiones, asertividad en las decisiones; y no nada más está enfocado a las adicciones, sino a la vida general, estilos de vida saludables. Y es así como hemos venido trabajando. Por supuesto que hay jurisdicciones grandes donde dicen que un módulo no

es suficiente: "Oye, no tengo vehículo para enviar a los profesionales a los diferentes municipios"; hay jurisdicciones que tienen dieciocho municipios, son muy grandes. Por ejemplo, en Autlán los presidentes municipales se pusieron de acuerdo e hicimos un convenio para poder crear otro módulo de salud mental y dividir las dos cosas; por supuesto que su periodo dura tres años y cada vez que se van es un problema y nos queda el paquete, tuvimos que absorber nosotros el gasto de ese módulo de salud mental. Y ahora funciona otro más en Juchitlán. La semana pasada, el martes, con la colaboración del presidente municipal de Arandas, creamos otro módulo de salud mental en el que ellos ponen el personal y entra a la red de salud mental del estado.

Entonces, hoy tenemos en el estado de Jalisco dieciocho módulos de salud mental. Los que tenemos en el área metropolitana están in-

completos porque no hemos podido conseguir plazas, pero ya tenemos un objetivo, ya tenemos un sistema de trabajo, ya tenemos metas, ya tenemos indicadores de impacto e indicadores de resultados, los cuales año con año supervisamos, modificamos y ponemos en marcha cambios según se maneje la tendencia de la salud mental.

E.: Con esta experiencia adquirida a lo largo de los últimos años, ¿cuáles son, en este momento, las principales patologías que se registran en el área de la salud mental en Jalisco? Y ya entrando un poco en nuestro interés, ¿cree que exista alguna diferencia y que influya en estas patologías, el ser mujer o el ser hombre; es decir, ustedes registran o tienen algún estudio o van detectando que el hecho de ser hombre o mujer, lo que significa esto socialmente, contribuya al aumento de ciertas patologías o que se presenten exclusivamente en las mujeres o en los hombres?

Dr.: Cuando nosotros fuimos a las casas a preguntar, de los diagnósticos que más nos llamaron la atención fueron todos los problemas relacionados con la depresión, los trastornos que nosotros les llamamos *trastornos afectivos*; pero dentro de esos trastornos afectivos hay varias clasificaciones: la depresión mayor, la distimia, el trastorno bipolar, el trastorno distímico, que son diferentes variaciones dentro de una clasificación; pero de ahí, la depresión es uno de los que más llama la atención. Dos, los *trastornos de ansiedad*, pero tenemos en esta clasificación ocho patologías diferentes, desde el inicio, el pronóstico y el tratamiento son completamente diferentes, ya que cada tipo es diferente en su intensidad y en su manifestación. Entonces, si así me dejara a *grosso modo*, los problemas depresivos, los problemas de ansiedad y los problemas en los niños

—principalmente el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad o también llamado los niños hiperquinéticos—, juegan un papel muy importante. Eso es cuando nosotros fuimos a las casas. De cuál es el diagnóstico más frecuente que nosotros encontramos cuando la gente viene a los módulos de salud mental, de igual forma tenemos a la depresión y a la ansiedad como los diagnósticos más frecuentes por los cuales las personas recurren a la atención.

¿Por qué se hospitaliza a la gente? Nosotros tenemos una prevalencia de la esquizofrenia, que es una enfermedad que generalmente todos conocen, pero mal conocen, cuando es un diagnóstico que se utiliza mucho, pero que se fundamenta muy poco y que a veces se confunde con otras patologías; hay muchas enfermedades por las cuales puede la persona escuchar voces o tener ideas delirantes de daño,

de referencia y/o de persecución y no ser esquizofrénico. Pero si sabemos que, por ejemplo, en Jalisco tenemos alrededor de 45 mil pacientes con esquizofrenia y nosotros, como institución, tenemos captados cerca de 15 mil pacientes solamente, ¿dónde están los otros 30 mil? ¿Están escondidos, están encerrados, están sin tratar, están con una calidad de vida deteriorada? Es ahí a donde nosotros queremos llegar.

Cada año, la Organización Mundial de la Salud toma un aspecto particular de la salud para dedicarle toda la atención. Con este mecanismo, invita y convoca a todas las instituciones a que se pongan a hacer algo en aspectos del tema seleccionado. En 2002, la OMS declaró como tema a la salud mental. ¿Por qué? Porque se sabe que de las diez enfermedades que más años de vida perdidos por discapacidad van a causar, cinco son por enfermedades relacionadas con la salud mental, ya

sea psiquiátricas o neurológicas. Para el 2020, se calcula que de las diez enfermedades que más repercusión van a causar, cinco son psiquiátrico-neurológicas. Por lo tanto, el año pasado, la Organización Mundial de la Salud nos dice "hagan un llamado". Afortunadamente nosotros vamos muy de acuerdo con esas políticas y llevamos un paso muy aventajado.

Igualmente, la OMS nos dice que para el 2015 la primera causa o repercusión de la enfermedad que va a tener la población a nivel mundial van a ser las *enfermedades isquémicas*; es decir, las enfermedades del corazón; el segundo lugar en la morbilidad mundial lo ocupará la depresión y, el tercero, las consecuencias de accidentes automovilísticos. Por lo tanto, en el campo que nos ocupa, tenemos que estar haciendo acciones para prepararnos para atender a la depresión, que presenta las siguientes características: es

muchas veces imperceptible por los demás, aunque quien la padece sufre mucho; por otra parte, solamente una tercera parte de los pacientes deprimidos busca ayuda profesional, a pesar de los fuertes efectos que el padecimiento tiene en su calidad de vida, y a pesar de que sabemos que este cuadro puede tener una evolución excelente; es decir, la persona puede recuperarse y volver a ser la misma si se atiende oportunamente.

E.: Insistimos en la pregunta, ¿usted cree que tiene algo que ver en este panorama de la problemática de la salud mental las construcciones sociales sobre la femineidad o la masculinidad; es decir, lo que significa ser mujer o ser hombre en esta sociedad? Esto es, ¿el deber ser femineino o masculino está asociado con estos diagnósticos que ustedes han ido detectando, o cree que no tiene nada que ver, que son solamente circunstanciales?

Dr.: No; sí hemos visto que, por ejemplo, en los problemas relacionados con la depresión y con la ansiedad, la incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres. Pero en cambio, hay otras enfermedades que son más frecuentes en el hombre que en la mujer.

Respecto a la depresión y la ansiedad, tenemos que 8.2% de los casos eran femineinos y 4.4% eran masculinos; es decir, casi es un dos a uno. En general, la mujer tiene de 20% a 25% de riesgo de presentar depresión en algún momento de su vida, y para el hombre es de 10% a 15% en el transcurso de su vida. Casi estamos hablando de una proporción de dos a uno, ¿por qué? Entran aquí muchísimos factores, tales como el que la mujer se puede deprimir desde que empieza con su primera menstruación; estos cambios hormonales pueden ocasionar que se deprima cada vez que va a

menstruar, también se puede deprimir posteriormente al parto, que son las *depressiones posparto*. Se puede deprimir en el momento de la menopausia, se puede deprimir cuando el hijo se va de casa y queda solamente con la pareja.

La mujer es muy vulnerable a tener problemas depresivos, en los que se combinan, otra vez, muchos factores: desde lo biológico —estos cambios hormonales constantes—, la misma formación de la personalidad de la mujer y por cuestiones sociales. Todavía vemos muchas culturas donde la mujer siempre debe de ir atrás, no toma decisiones, no vota, no se le toma en cuenta, no la saludan; y bueno, aunque parezca que no, en nuestra sociedad suceden también muchas cosas. Los aspectos sociales son factores desencadenantes, mas no etiológicos; son factores desencadenantes que en personas vulnerables pueden

destapar esta enfermedad.

La esquizofrenia, que es un cuadro que sí llega a requerir hospitalización, es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres, ¿por qué?, pues son cuestiones desde genéticas hasta cuestiones culturales, donde no podemos nosotros tener una respuesta exacta; es muy difícil darla, sería decir mentiras. Pero lo que sí hemos encontrado en toda la gente con la que nos dedicamos a hacer estadísticas, es que la relación de las enfermedades es en el ámbito internacional, mundial, donde la prevalencia y la presencia de enfermedades es en algunas ocasiones más frecuente en hombres y en otras ocasiones más frecuente en mujeres, pero en ambos existen. Por ejemplo, la depresión es la enfermedad que más relación tiene con las conductas suicidas, pero esto no quiere decir que todos los que se suicidan estén deprimidos, no; pero sí hemos visto que de

97% a 98% de las personas que se intentan suicidar tienen un problema de salud mental; la depresión está detrás de ello hasta en 55% ó 60%; el otro 40% son otras enfermedades. Pero, por ejemplo, con las tentativas suicidas sucede una cosa: la mayoría de los intentos suicidas son hechos por mujeres; es decir, la mujer lo intenta más pero lo logra menos, y el hombre lo intenta menos pero lo logra más, ¿por qué?, pues por factores que van desde la misma impulsividad, desde lo mismo primitivo que somos, desde la poca tolerancia, desde el poco control de impulsos que juega un papel muy importante.

Sabemos que por cada suicidio, por cada muerte consumada por tentativa suicida, existen hasta 20 intentos, pero la gran cantidad de intentos son realizados por mujeres; el hombre, le repito, es más impulsivo. Esto es un evento social que sucede en el ámbito internacional,

en todos lados, no nada más sucede aquí, es en todos lados. Y esto no quiere decir que el paciente quiera manipular, que quiera chantajear, sino que es la expresión de un afecto. Yo trabajo mucho con pacientes suicidas –de hecho mi posgrado es en suicidio–, y estoy convencido de que cuando la gente ya no quiere vivir esto sucede por un problema o una situación concreta; si se le cambia de situación por supuesto que quiere seguir viviendo, y cuando se les plantea esto, hasta ahorita no he conocido a una persona que me diga no.

E.: En el caso de las mujeres, ¿cuáles son los problemas que usted detecta que las hacen plantearse la posibilidad de suicidarse? Desde su propia experiencia, ¿qué razones atribuyen las mujeres al intento de suicidio?

Dr.: Tenemos que hablar de que en ese contexto la persona no tiene una

conciencia normal, no hay conciencia de enfermedad, es un ambiente enfermo y un ambiente enfermo es algo que no funciona normal; por lo tanto, la percepción, el análisis, la ejecución, están alterados. Esto es, no podemos hacer un diagnóstico como si la persona no tuviera nada. Ése es el gran problema que nos cuesta entender, es como si nosotros quisiéramos funcionar, que yo te dijera vete a correr el maratón y traes un esguince de segundo grado; pero el esguince sí lo ves y lo sientes. Muchas veces el malestar intenso que nosotros sentimos lo hacemos parte de la vida cotidiana, porque la misma gente no se da cuenta de que está enferma.

E.: ¿Cuáles son los malestares más repetitivos en la experiencia de las mujeres desde el campo de la salud mental?

Dr.: Constantemente sucede que

hay una *anedonia*, que es la falta de capacidad para disfrutar, hay una sensación de frustración donde la persona no obtiene lo que quiere; generalmente la gente con este tipo de problemas se pone metas inalcanzables, y al no lograrlas empieza la frustración muy mal tolerada y el poco control de impulsos, hay poca motivación para desarrollar las actividades que venía haciendo, hay poca planeación en tener metas a futuro. Y todas esas fuentes constantes de satisfacción se van debilitando, se van desnutriendo. Opino que entre más fuentes de satisfacción tengas, más estabilidad y tranquilidad y funcionalidad vas a tener; si tu ambiente de trabajo es agradable y es una fuente de satisfacción, es un reforzador para tu calidad de vida. Partiendo de ella hacia fuera, la persona empieza por la propia enfermedad, yo sé que un sociólogo me diría que él parte de fuera hacia adentro; un antropólogo me diría

no, yo parto desde atrás; lo podemos ver desde diferentes ángulos, mi percepción como psiquiatra, yo parto de ella, de su cerebro; es decir, me pregunto qué está sucediendo en su cerebro.

Parto de ahí porque la percepción empieza a distorsionarse y ella no se da cuenta o él no se da cuenta. Eso es lo más grave que existe, es como si tú te pusieras a correr y no te das cuenta que traes el esguince, ¿dónde te vas a parar, cuánto vas a correr, cómo vas a correr? Mal y no vas a llegar. Y el detonante principal para cualquier persona es cuando dice: "ahora sí ya no aguanto"; es la desesperanza, la falta de ilusión que en algún momento vayas a lograr algo. A esto hay que sumarle los problemas que te acarrean la poca paciencia, que los niños no te hagan caso, que empieces a golpear a los niños, que tu esposo llegue, te pide sexo y no te dan ganas ni de verlo, que cada vez te da menos

para el gesto, que al esposo ya lo comieron, que a la amiga le compraron un carro y tú te quedas con el camioncito. Todos estos factores de alguna manera influyen de manera importante, mas no son los factores etiológicos del padecimiento, sino un conjunto de cosas que se van sumando, a tal grado, que la única salida que se percibe es la que alcanza a estar bajo su control y que es esa pregunta formulada como "¿vivo o no vivo?", y lo primero que nosotros pensamos es "¿oye, y tus hijos?, ¿oye, y tus papás?, ¿oye y no te has puesto a pensar qué van a decir?" Cuando la gente, y esto es muy común en nuestra sociedad, se acostumbra a vivir para quedar bien con el de enfrente, es un problema y de eso está llena nuestra sociedad. No somos congruentes con lo que queremos, no somos sinceros con nosotros mismos, nos hace falta mucha honestidad para lograr las cosas que nosotros queremos y ese

es un mal común de nuestra sociedad. No sabemos utilizar una palabra que decimos mil veces por día, siempre decimos que sí cuando queremos decir que no; no decidimos cuando tenemos que decidir, no hablamos cuando tenemos que hablar, no ponemos freno cuando lo tenemos que poner. Desgraciadamente es muy común en nuestra sociedad que hasta que nos sucede un evento desagradable e importante tomamos decisiones y nos sale el valor, empezamos a pensar en nosotros, por eso mucha gente dice "es que desde que murió fulanito, viejas cómo ha cambiado mi vida". Yo a lo que les invito es a que no se esperen a que se muera la gente, no se esperen a que los asalten, no se esperen a que el marido se vaya un mes y entonces, ahora sí, le des de cenar o que el marido, porque llega un momento en que se sale la esposa y, ahora sí, le aurentes el chivo, que es viceversa. Es decir, las per-

sonas están acostumbradas a tomar decisiones hasta después de un evento estresante importante.

E. : ¿Y usted encuentra una relación entre estos desórdenes de la salud mental y la salud reproductiva de las mujeres?, ¿ustedes han reflexionado sobre este asunto?

Dr. : No, no sabría que contestar ahí. Lo que sí hemos visto es que la gente cada vez es más sensible no nomás a los problemas de salud mental, sino a los problemas de la vida cotidiana. Antes estábamos acostumbrados a que "hay que tener los hijos que Dios te mande y que Dios te dé y él sabrá cómo lo hace"; y esto, lo vemos a nivel retrospectivo, se tenían muchos hijos: en los años cuarenta o cincuenta, tenían alrededor de ocho por pareja; ahora el promedio de hijos por pareja es de dos a tres. Por supuesto que la participación de la mujer debe estar jugan-

do un papel muy importante, ya no es el papel sumiso, el papel donde era agredida la persona constantemente, el papel en donde ni votaba en nuestra sociedad la mujer. Por supuesto que la participación de la mujer ha jugado un papel muy importante en el rumbo que lleva el manejo en la sociedad, tanto el hombre como la mujer. Hoy la mujer toma decisiones, hoy la mujer decide, hoy la mujer habla, hoy la mujer trabaja; y el hecho de trabajar y que contribuya le da un papel muy diferente en el rol que tiene en la familia. Hoy la mujer es un pilar importante en la familia. Hoy ya no es el hombre el que llega, el proveedor y el que manda.

El rol de la mujer ahora es muy diferente. El grado de escolaridad que tenía la mujer en los años cincuenta era completamente diferente al grado de escolaridad que hoy tiene; no es la mayoría —porque también en educación estamos ba-

jos— pero sí una proporción diferente a los años cincuenta. La sensibilidad que hoy tiene la mujer es diferente, el impacto que han tenido los medios de comunicación en la mujer la ha hecho despertar. Hoy las grandes corporaciones confían más en la mujer que en el hombre, hoy votamos más en las cuestiones políticas, en las cuestiones directivas, en altos cargos; la mujer juega un papel muy, muy diferente.

E. : ¿Y usted reconocería en todo esto que me dice, distintos tipos de desórdenes en mujeres dependiendo de si pertenecen a generaciones mayores o a las generaciones más actuales que tienen todas estas presiones? ¿Qué diría usted de cómo ha influido en las mujeres esta incorporación al mundo económico, al mundo social, si ha generado nuevos síntomas, nuevas depresiones o, por el contrario, ha reducido los trastornos emocionales?

Dr.: Estas cuestiones deben verse también como factores estresantes. Hay que ver que si nuestra cultura estaba destinada a que la educación de la mujer era "tú enséñate a tejer, a planchar y a lavar y eso es lo que tienes que hacer y si tu marido llega tomab, pues no tienes que decir nada; y si tu marido llega y te dice ponte, pues ponte"; cuando nos enseñaron y nos educaron a que eso tenemos que hacer, la gente decía, porque decían: "es que mi mamá eso me enseñó y eso tengo que hacer", por lo tanto el hacerlo era como una parte de la vida cotidiana, que no era estresante. La mujer en este periodo de quince o veinte años ha tenido un proceso de transición, en el cual es "yo ya no hago lo que dice mi madre, es la sociedad la que me está diciendo que me tengo que preparar y en este proceso de transición existe una palabra, que es la competitividad". Esta com-

petitividad no más es con ella misma, por querer ser más, sino que también es desafiar a lo que en algún momento su madre le dijo, lo que la sociedad le tenía destinado, donde "tú no vas a trabajar, a ti no te doy trabajo, tú estás embarazada y por lo tanto me vas a dejar el trabajo y mejor no te contrato", donde no se tomaban en cuenta los puntos de vista de la mujer. Entonces, ya estaba programada a que su vida iba a ser "haz de comer y cuida niños y, si te va bien, te saca en fines de semana", estaba destinada a ello. Hoy a cualquier mujer que le digan eso, brinca, aunque sean sus papás. ¿Por qué? Porque la sociedad también ha tenido esta flexibilidad y esta permeabilidad de decir "tú también puedes ser útil".

Claro que los machistas, todos los hombres somos machistas, somos primitivos, queremos tener el control y que todo nos salga como nosotros queremos, por supuesto

que hemos hecho más difícil esta transición a la que obstaculizamos en cualquier forma; este proceso de transición, donde la mujer tiene que tener doble esfuerzo, porque ahora "muy bien, quieres trabajar, pero aparte haces el trabajo de casa". Entonces, donde ella trabaja, cumple un horario, tiene que servir a su jefe, gana dinero, es portadora, pero aparte "tú querías trabajar, entonces de todos modos hazme de cenar".

El sólo hecho de ser mujer y esas alteraciones hormonales, más tener que trabajar para quedar bien en el trabajo y ganar dinero, porque si no te conren, y el quedar bien con tu estructura de trabajo para que no se vaya a desmantelar tu matrimonio y correr riesgo; donde, aparte, tus niños quieren ir a nadar y quieren ir a clases de ballet y de inglés y de todo eso, y donde ves a las mujeres que no trabajan, que van en su *windstar*, en su *voyager* a todos lados y ellas están tranquilamente,

¿por qué unas sí y otras no? Es el grado de competitividad de cada una. Por supuesto puede tener factores estresantes para cualquier persona.

E.: Y este proceso de la incorporación de las mujeres al mundo profesional y del trabajo, que tiene que ver con cuestiones sociales y culturales, ¿qué le ha representado en términos de salud mental, a los hombres?; es decir, ¿cómo han recibido ellos el impacto de no poder ya, por ejemplo, cumplir con su rol de proveedor, o de ver ahora más claros los límites para usar la violencia como vía para resolver los conflictos?

Dr.: Yo creo que todo parte, otra vez, del individuo hacia fuera. Todo depende de la educación, todo depende de los principios, de los valores, de las tradiciones —perdóneme la expresión—, que maneje de la familia; si la familia tiene padres preparados y educados, no va a educar

con lo mismo de hace quince, veinte o treinta años. Definitivamente el rol que juegan los padres en la educación es fundamental, todo depende de cómo lo quieran o a dónde quieran llevar el proceso educativo; el enseñarse a hablar, el enseñarse a comunicar, el enseñarse a escuchar, el enseñarse a participar, éstas son cuestiones de actitud, éstas son cuestiones aprendidas, no hay medicamentos para que tú tomes decisiones, no hay medicamentos para que tú tomes confianza; esto lo tienes que ir desarrollando y si no lo desarrollas desde niño es un problema que venimos cargando de la sociedad.

Definitivamente, hay un par de palabras que para mí son clave en todo ello, una es la actitud y la otra, la comunicación. Si traes una educación machista, donde el hombre toma las decisiones, donde el hombre decide, donde el hombre hace y deshace, definitivamente si tú traes

una educación diferente, tu promedio para vivir con él como pareja va a ser muy bajo, por eso el índice de divorcios está al por mayor, y por eso los hijos de madres solteras. Ya no hay tanta protección como lo tenían antes, y aquí sí juega o jugaba un papel importante la religión, no digo que no seamos cristianos, pero juega un papel muy importante que de alguna manera servía como freno para detenerte, ¿hoy dónde está? Lo que en algún momento nosotros criticábamos de Estados Unidos, hoy lo tenemos, no en esa magnitud, pero hoy lo tenemos, donde no nos detiene nada de esto. Definitivamente, el rol de la mujer ha llegado a influenciar y a hacer esto más estresante porque si el hombre no está preparado... El hombre, por naturaleza, se defiende con agresión al sentirse desplazado, "¿cómo es posible que hoy tú decidiste en qué escuela y cuánto voy a pagar y a dónde vamos a ir de

vacaciones y qué ropa comprar? Cuando antes era yo nada más quien decía que sí o que no, y yo decidía". Si el hombre se siente desplazado y la mujer se siente con este rencor de decir "pues antes a mí me hicieron, pues ahora yo hago", ¿dónde está esa comunicación, dónde está esa relación, dónde está ese vínculo, dónde está esa toma de decisiones? La comunicación aquí es vital, si no la tienen, pues esto definitivamente repercute. Y repercute de muchas formas, puede repercutir en que tú te separes y que no tengas ningún problema de salud mental o puede ser que no te separes y tengas depresión, no puedes dormir bien, repercute en el trabajo. Y de alguna manera se incrementa el consumo de alcohol que es el antidepresivo más utilizado y de manera inmediata. O cualquier consumo de drogas.

Pero todo depende de la educación. No podemos generalizar, nues-

tros grados de educación no son homogéneos; cuánta gente estudió porque la mamá quería que estudiara, estudió lo que la gente quiso. Si lo vemos así, por supuesto que la gente que influye muchísimo son los padres, que es la primera escuela; si nosotros no brindamos esta contención, esta seguridad, el hijo ciertamente sí la puede llegar a adquirir, pero siempre y cuando tenga el bagaje de conocimientos que debe tener.

E. : En los últimos tiempos se ha prestado mucha atención a la detección de ciertas patologías, como la anorexia o la bulimia, que desde los estudios de género también tienen su correlato en estas nuevas exigencias hacia las mujeres, en el tipo de cuerpo que tienen que tener, en la imagen que de alguna manera las mujeres tienen que lograr y para la cual la influencia de los medios de comunicación ha sido contundente, ¿cómo ve este asunto, qué diría usted?

Dr.: Es un problema con una repercusión importantísima, primero en nuestros pacientes y posteriormente en la familia. Estos problemas, estos *trastornos de la alimentación* por supuesto que siempre han existido, pero ahora con estas exigencias que tiene la sociedad, pues se ha dado un crecimiento muy importante de estas enfermedades. Cualquiera empresario quiere tener una gente delgadita, quiere que su ecocén traiga los pantalones abajo del ombligo y que enseñe arriba del ombligo y que se le vea la cinturita. La competitividad entre las mujeres es muy importante, para saber a quién le hacen caso, quién tiene más pegue, quién tiene las pompis más bonitas... Entonces, esa competitividad —que hasta cierto punto es normal—, se prolonga a tal grado que “la modéllito fulanita está más delgada y tiene más pegue”; es una exigencia por ellas mismas, por estar delgadas para

ser aceptadas en una sociedad. Es decir, otra vez queremos quedar bien con los demás, ¿por qué queremos quedar bien? Porque deseamos ser aceptados, cuánto vacío no tendremos y eso es lo que nos hemos encontrado en los pacientes con trastornos de la alimentación, que hay un gran vacío que ellas lo quieren prolongar, no se llenan con cosas de afuera.

Podemos encontrar anorexia desde la adolescencia, desde alrededor de los catorce años ya podemos tener pacientes con anorexia. Hemos tenido pacientes de diez, de once años inclusive, con anorexia. Ésta empieza o se desencadena por las cuestiones sociales que hay, es un momento en el cual ya no están bajo control, ¿sí me explico? Tenemos pacientes que nos dicen: “Doctor, créamelo, yo como, pero al minuto como que me siento con una angustia desesperante que no la puedo controlar, y lo único que me

queda es ir a vomitar y en cuanto vomito me tranquilizo". Eso de estar viendo en el espejo y verse gordas, esas alteraciones en la percepción de su propio organismo es increíble. Ésas son enfermedades que en su momento no están bajo su control, por lo tanto necesitan un equipo multidisciplinario para poder ser atendidas; no es una enfermedad de elección, no es una enfermedad que yo quiera y la controle, no. Que juega un papel muy importante la sociedad, es cierto; no es lo mismo que vaya una delgada o que vaya una gorda a pedir trabajo, pues por supuesto dicen "si yo estoy delgadita y estoy buena me van a contratar, si no, no". La sociedad juega un papel importantísimo para el desarrollo de todo esto y no lo podemos dejar a un lado.

E.: Aquí en Guadalajara hemos tenido algunos casos alarmantes que hablan de personas que ponen en riesgo

su vida por someterse a procedimientos que, supuestamente, las harán conseguir la imagen perfecta. Está, por ejemplo, el caso de personas que tomaban "hueso de fraile" para adelgazar, siendo esta semilla sumamente tóxica; o el caso de la supuesta doctora Yuki Gama, que inyectaba aceite industrial y otros químicos en el cuerpo de sus pacientes, produciendo severos daños después de cierto tiempo. ¿Qué piensa usted de esto?

Dr.: Aquí sucedían dos cosas muy curiosas. Muchas personas fueron porque querían adelgazar, entonces les metía sustancias que desconozco y la gente adelgazaba, les empezaba a dar vueltas como trompo y les empezaba a meter inyecciones por todos lados y la gente dice "bueno, es que yo adelgazo"; pero mucha gente decía "es que yo quiero agrandar, yo quiero tener, yo quiero tener por todos lados". Sea quitar o sea poner, vemos otra vez cómo la

gente busca cosas fáciles, rápidas, baratas y bien. Cuando la persona tiene un proyecto de vida en todos los sentidos no va a esas cosas, se acepta como es y si no se acepta hace lo que tiene que hacer, hacer ejercicio, tener una buena alimentación, tener estilos de vida saludables, ¿a qué me refiero? A poder disfrutar, compartir, relacionarse, hacer deporte, tomar de decisiones, comunicación, elección, decisión en su momento y eso la gente no lo hace, somos una cultura que tenemos mucho a la comodidad, queremos todo rápido.

Hoy me encuentro con que salgo a media mañana o media tarde y la cantidad de tráfico que hay, eso hace que la gente tenga más intolerancia a las cosas. Por eso no nos extraña que en la prensa a cada rato aparezca que queremos más puentes viales, que queramos más puentes, ¿qué nos está diciendo con eso? Es que queremos las cosas más rápidas,

no estamos preparados para vivir en una sociedad de mucho tráfico, de mucha competitividad y eso se expresa en la poca tolerancia de la frustración, de la agresión hacia nosotros mismos. Sales por la noche y ves a Guadalajara como si fuera sábado, estos famosos *miércoles sociales* hacen que hoy toren miércoles, viernes, sábado, y el domingo *se la curan*; son ya cuatro días los que la gente toma estos tranquilizadores que son el alcohol y cualquier tipo de drogas. Alguien me decía: "¿Oye, qué tal si no hubiera alcohol?", yo te aseguro que alguna otra cosa hubieran inventado, pero algo para tranquilizar su estrés, su poca tolerancia, esto juega un papel muy importante. También es cierto que el deporte se ha fomentado mucho, cosa que me parece extraordinario; estos campos donde se van a andar en bicicletas de alta montaña, qué bueno que llegó esa moda del *spinning* y la gente cada vez se relaciona más,

ése es un estilo de vida saludable; pero a la vez es un *estresor* que con eso se yugula. Eso es lo que nosotros pretendemos, que la atención a la salud mental no se busque solamente cuando tienen un problema, sino en saber cómo me puedo dar cuenta de que yo estoy enfermo; porque luego, cuando empezamos a hablar de un tema específico, por ejemplo, de depresión, la mayoría de la gente me dice "oiga, doctor, es que yo tengo eso"; a ver, espérame, tienes ciertas características y si lo tienes, atiéndete, no te pasa nada; "es que mi trabajo, y la receta, y luego me da miedo ir a la farmacia y luego me van a decir que si yo estoy enfermo, y le tengo que andar diciendo que es para mi mamá". Es decir, ese concepto distorsionado que todavía tenemos, no lo vamos a cambiar si no empezamos con desarrollar una sensibilidad en nosotros mismos.

E.: En ese sentido, ¿usted creería necesario el desarrollo de políticas públicas para regular la publicidad o la venta de ciertos productos destinados a reforzar cierta imagen, para cumplir con ese rol tradicional de mujer o con ese rol masculino fuerte, potente?

Dr.: Si es en el ámbito de la salud mental, nuestras campañas son dedicadas a la población en general. Se pretende que a la gente no le dé miedo acudir a algún sistema de salud. Las respuestas que nosotros tenemos son dos, una es "no te pasa nada, es normal, se te va a pasar"; y la otra es "tienes un problema y atiéndete". Hay mucha gente que, a pesar de ello, sigue teniendo miedo. Tenemos el servicio de intervención en crisis, en el cual tenemos mucha gente que llama por teléfono porque no sabe si en realidad tiene algo o no; entonces, en 60% ó 65% de las llamadas que nosotros

tenemos, la gente tiene un problema de salud mental, y la podemos enlazar a que venga aquí, al CAISAME de estancia prolongada. La mayoría de la gente que viene son profesionales, ¿cómo lo podemos entender eso? Una, es que por ser profesionales se enferman más, o la otra, es que por ser profesional tienen más sensibilidad y tienen más apertura a hablar. Pero qué pasa con los analfabetas, ¿no se enferman? Claro que se enferman.

¿Las gentes de pueblo no se deprimen o no tienen problemas? Esperame, no porque vivan en pueblo y el aspecto social sea menos competitivo o menos demandante, no quiere decir que no puedan tener una enfermedad mental, porque hay gente que sin tener presión social o personal, también llegan a tener problemas de salud mental. ¿Por qué? Porque así fue su cuerpo diseñado, porque en algún momento, tarde o temprano iba a tener algún

problema; cuántas veces no escuchamos decir: "desde que se sacó la lotería se volvió diabético, yo prefiero no sacármela". Esta persona iba a ser diabético tarde o temprano, el cerebro no distingue entre una información agradable y una información desagradable, recibe el impacto; si esta persona iba a ser un diabético con cualquier factor estresante se habría desencadenado la enfermedad que, tarde o temprano, iba aparecer, aunque a lo mejor en tres o cinco o siete meses o en un año. "Es que por un coraje le salió la hipertensión", oye, esperame, todos nos enojamos, esta persona iba a ser hipertensa, con este problema solamente se desencadenó.

El servicio de "Intervención de crisis" lo teníamos destinado solamente al área metropolitana. Desde la semana pasada ya tenemos el 01-800, donde la gente puede llamar por teléfono del interior del estado y de la República, y no le

cuesta nada. Es el 01-800-2, luego marcan crisis, 274747, donde la gente puede llamar y atenderos una serie de problemas de salud mental, donde hay mucha gente con problemas fóbicos, donde la gente le da miedo relacionarse o pedir ayuda; pues lo primero que hacemos se hace a través de la línea telefónica. El 40% llama en la mañana, 40% llama en la tarde y 20% llama en la noche; pero el tiempo de las llamadas, es mucho más prolongado cuando llaman en la noche. Es decir, te preguntas qué estará pasando, si está más relajado, si no tiene miedo que lo vayan a monitorizar y se vayan a dar cuenta. Entonces, hay llamadas que duramos hasta tres horas. Es una estrategia, no es la solución. Los módulos comunitarios no es la solución, es una estrategia.

E.: En los datos de este servicio de intervención de crisis vía telefónica, co-

respondientes al periodo del 25 de junio al 25 de julio, se presenta la siguiente información:

1. *El porcentaje mayor de solicitud de ayuda es de las mujeres: 66%.*
2. *La edad en que se encuentra el mayor porcentaje de solicitud de ayuda está entre los 30 y los 44 años (etapa de reproducción y crianza): 44.17%.*
3. *42.59 % de estas llamadas fueron hechas por personas casadas.*
4. *27.44% (el porcentaje mayor) de las llamadas fueron hechas por personas de casa (en el cuadro de "ocupación").*
5. *El 33.75% de los motivos de llamada es la depresión y 31.23% por problemas familiares.*

Estos datos son interesantes, porque de algún modo corroboran que en nuestro medio se da lo que distintos estudios de otros lados han señalado: que desde el punto de la enfermedad mental, las personas de casa desempleadas son las más vulnerables. Las mujeres ca-

sadas y desempleadas son frecuentemente confinadas a los dominios de lo doméstico, donde la autoimagen y el prestigio social no son quizás significativos comparados con los de una mujer trabajadora. Además, son las mujeres casadas las que experimentan el mayor número de problemas emocionales, frente a las solteras, viudas o divorciadas (Gove, 1972). Por otro lado, las mujeres casadas parecen tener más problemas de salud mental que los hombres casados (Gove y Tudor, 1973); es decir, el matrimonio es más ventajoso para los hombres en la tarea de minimizar el estrés, que para las mujeres. Todo esto se relaciona con la evidencia de que el mayor porcentaje de casos de depresión son casos de mujeres. La pregunta sería, ¿estaría de acuerdo, con base en estos datos, con que hay un gran peso de los factores psicosociales en la enfermedad mental de las mujeres, relacionada con los roles de esposa y madre, que representan grandes cargas de responsabilidad, así como poco reconocimiento y gran aislamiento?

Dr.: Pero agrega la palabra *competitividad*; si nos vamos desde ese punto de vista, ¿cómo se siente una ama de casa donde en la mañana lleva a sus hijos, a media mañana se dedica a hacer el quehacer, llega la tarde, va por sus niños y espera al marido a comer y luego en la tarde se dedica a hacer tareas, a llevarlos a otro lado y en la noche a dormir? Donde ven a la madre que va, lleva a los niños a la escuela y empieza ella a trabajar, trae el vestidito más nuevo. Porque luego un síntoma de depresión de la mujer es no comprar, ¿sí te habías dado cuenta de eso? Cuando la gente está bien, compra que compra. De hecho, en mi consulta privada un indicador importante cuando le pregunto al marido es "¿ya le pide para gastar?", dice: "no, doctor, ya volvió a ser la misma". Ése es un indicador muy importante, esta necesidad de nutrirse de cosas de afuera, que la hacen

sentir bien momentáneamente. Si nosotros empezamos a trabajar con ellas para que no quieran llenar esos huecos con vestidos y con zapatos, es muy diferente. Hice un estudio informal preguntando a amigas, esposas de mis cuates –fueron alrededor de 50 personas– sobre esto, y una de las preguntas era “¿cuántos pares de zapatos tienes?” Cerca de 90% de la gente a quien pregunté tenía más de cincuenta pares de zapatos en su clóset; en los hombres, fue alrededor de siete pares de zapatos. Las mujeres, más de cincuenta pares de zapatos, algunos sin estrenar y otros con una sola puesta, porque tenía que ir a la boda y los compró para que le hicieran juego con el vestido.

E. : Llana la atención el alto consumo de antidepresivos, de relajantes y otros medicamentos, como algo muy incorporado sobre todo en las mujeres, ¿qué diría de eso, de esas no tan nuevas

adicciones, que están muy asociadas con las mujeres y, sobre todo, con mujeres mayores que acuden al psiquiatra, o porque fueron al neurólogo y las canaliza al psiquiatra y el psiquiatra las empastilla, acto seguido, porque se trata de mujeres mayores?

Dr. : Ése es el mal concepto que tiene la gente. Antes estábamos acostumbrados a que la tía Juana y mi abuelita eran las que tomaban medicamento para dormir, pero veíamos a la gente como muy lejana, es que porque está grande o es porque trae muchos problemas; ah, pues ahora no: ya no es la tía Juana, es mi prima y es mi esposa y es mi tía. Otra vez, esta competitividad, esta necesidad de quedar bien, esta necesidad de ser aceptada, esta necesidad de ser tomada en cuenta, pues hace que todo mundo andemos acelerados. ¿Qué es lo que pasa, otra vez, si ando acelerado y traigo problemas, pero quiero dormir bien? Es

la comodidad, todos nos vamos por la comodidad. Y de las drogas más vendidas a nivel mundial son las benzodiazepinas o también llamadas ansiolíticos, que son todas estas desde el valium, desde diazepam, desde tafil, rivotril, alción, ativan, lextán; toda esa familia, es muy común que el médico promueva el mal uso, "es que traigo problemas para dormir, traigo...", "sabe qué, tórese esta". No le dice ni cómo ni en cuánto tiempo se lo va a quitar y no la vuelve a supervisar. Tenemos pacientes que nos dicen: "Doctor, pues es que a mí me la dio el médico familiar hace 15 años". Y la sigue tomando. Es imposible combatir un problema que por todos lados brinca, lo único que se necesita es una receta y lo pueden conseguir en cualquier farmacia o hay mañas para conseguir estos medicamentos.

A nosotros nos llegan estos pacientes, y lo peor es que nos dicen que son medicamentos psiquiátri-

cos y los traemos atarantados. Si manejamos los psiquiatras benzodiazepinas, sí manejamos antidepressivos en la gente que lo amerita y lo necesita, pero por tiempo limitado. Los antidepressivos son una maravilla porque antes la gente permanecía deprimida toda la vida. La depresión siempre ha existido, el problema es que uno, o no se reconocía o, o no se sabía que era enfermedad o les daba miedo decir que estaban enfermos porque los iban a criticar que estaban locos. Por eso, cada vez la gente viene con mucho más facilidad con nosotros a ver estos problemas de salud mental y los antidepressivos se tienen que dar. Cosa curiosa, los medicamentos que nosotros utilizamos no son iguales a los que usa el cardiólogo o el internista; a ti te da diarrea y te dan medicamento de cuatro a seis días y se te quita y ya no te lo tomas. Si yo doy un antidepressivo, a ti te va a empezar a hacer efecto de quince a

veinte días, o sea, mañana y pasado tú no vas a sentir nada, ¿por qué? Por las características propias del antidepressivo, porque funciona a nivel neuronal. Y el tiempo que lo debes de tomar es de cuatro a seis meses; no es porque nosotros queramos, sino porque eso ha demostrado ser más eficaz a nivel mundial y así neurobioquímicamente es lo que funciona.

Entonces, el tratamiento debe de ser de cuatro a seis meses, y el periodo de dar benzodiazepinas es no mayor a dos meses y la gente dura todos los años. Es decir, las benzodiazepinas es el medicamento más administrado a nivel mundial, pero es el más mal administrado; y es un medicamento que tú dices: "Es que, Benjamín, si lo tomo se siente riquísimo, duermo y no me levanto al baño" —que es típico de las mujeres, que son quienes más consumen—. Y los maridos: "Doctor, dele medicina porque cada vez que se

levanta al baño me despierta y se levanta cuatro o cinco veces", pero tiene la jama de agua a un lado. Si nosotros empezamos a modificar conductas, por ejemplo, pues no tomes agua. Son cuestiones anatómicas, ustedes tienen la vejiga más cerquita, se llena y estimula el esfínter; pero si se les edra, si se les dice cómo, no tienen ese problema. En cambio entran por lo más fácil, ponen el vaso, ponen la pastillita y si despiertan más estiran la mano, ni se mueven.

E. : Por último, ¿considera usted que fenómenos tales como el abandono de los niños, el maltrato de éstos, los filicidios, son atribuibles a las condiciones en las que las mujeres y los varones desempeñan los roles parentales, o cómo lo vería usted?

Dr. : Yo creo que todo es consecuencia de la carencia de salud mental, por supuesto que ésta es la mani-

festación de una carencia en diferentes sentidos, puede ser desde patología propia de la mujer o del hombre o de ambos como pareja, al no tener, otra vez, los roles bien establecidos, cuál es el proyecto de vida en lo individual, cuál es el proyecto de vida como pareja, hacia dónde quieren llevar a los niños; y si hay alguien que quiere dominar y los dos son competitivos, mal pronóstico. Yo no pudiera decir que si un niño es maltratado es problema de género, sino que es carencia de salud mental y eso no es que necesitan medicamentos, necesitan orientación; por eso, esto que dicen de escuelas para padres que el DIF ha difundido mucho, yo creo que si esto hubiera existido desde 1950, otra cosa sería y si no que lo dieran como parte de las clases en cualquiera de nuestras profesiones. Nadie sabemos ser padres, todos somos padres con base en cómo nos formaron y somos fieles a la transmisión de frus-

traciones; a veces hacemos lo mismo que hacían nuestros padres y nos aferramos a que eso tiene que ser, no tenemos esta capacidad de apertura, no tenemos esta flexibilidad, somos rígidos, somos estrictos, queremos ser una copia de lo que fuimos, aunque sabemos que fue malo, pero nos aferramos a ello. ¿Cómo podemos combatir esta inflexibilidad? Con un poquito de apertura, de sensibilización, de capacitación, de enseñanza. No hay píldoras para que seamos buenos padres. Todos esos maltratos infantiles, violencia intrafamiliar, violencia sexual, es carencia de salud mental.

E.: Y hacia adelante, ¿qué panorama visualiza?

Dr.: Yo creo que en Jalisco estamos haciendo cosas importantes, de hecho el modelo que nosotros tenemos no lo tiene ningún otro estado; Tabasco tiene un modelo importan-

te en salud mental, pero está limitada a dos hospitales; en Coahuila tienen un hospital muy bonito, pero como el estado es muy grande y no tienen módulos de salud mental, no tienen esta atención escalonada. Nosotros tenemos un año de haber iniciado con este Instituto, que es la instancia que regula todas las cuestiones de salud mental, estamos recién nacidos. Por supuesto que la enfermedad mental no se quita con edificios bonitos y con aires acondicionados, pero sí creo que la salud mental debe tener un trato digno y diferente. Aquí la gente que no tiene recursos no paga, y a la gente que tiene recursos sí se le cobra. No podemos regalar un servicio que es atención especializada, profesional.

Nos hace falta mucho en cuestiones de salud mental; empezamos, creo, con un apoyo muy importante del gobierno del estado. El gobernador está muy comprometido

en las acciones de salud mental, por eso el apoyo que tenemos. Existe ya el proyecto para la segunda parte del instituto, porque hoy estamos descubriendo un área muy importante, que es la atención a los niños y los adolescentes, para quienes no tenemos un área de hospitalización; y las tentativas suicidas en adolescentes juega un papel muy importante en Jalisco. Para las personas mayores de 60 años que en algún momento necesitan hospitalización, porque tienen algún problema de salud mental, tampoco tenemos un área específica. Son parte de las cosas que nos hacen falta. Igualmente nos hace falta consolidar los módulos de la zona metropolitana, donde nosotros queremos que una vez que llegue el paciente aquí, vaya al módulo más cercano a su localidad donde, por medio de sistemas de computación, el encargado del módulo pueda ver su expediente clínico y que le quede a

quince cuadras y, entonces, no tenga que venir hasta acá y se le dé seguimiento; claro, si se pone mal lo hospitalizamos. La próxima semana nos conectamos a *Prodigy* de banda ancha para que los 18 módulos se puedan colgar en el mismo servidor de nosotros y si ellos tienen un paciente, nos mandan al paciente, nosotros lo atendamos y se los regresamos. Si nosotros traemos un experto de cierta área, podremos tener una videoconferencia para que todos los módulos estén en red y puedan preguntar directamente.

* * *

El análisis que, brevemente, podría hacerse de esta entrevista nos indica que, en primer lugar, es bastante claro que el área de la atención a la salud mental es, dentro del amplio campo de la atención a la salud, un campo todavía visto como no prioritario. Si bien, al parecer, se ha avanzado en diseñar algunas estra-

tegias para atender ciertos problemas de este campo que han comenzado a generalizarse, a exigir mucha atención o a presentar altos costos, también se puede pensar que la salud mental sigue siendo un territorio entre desconocido y temido por la mayoría de la gente, incluidos los mismos médicos. Este estatuto cuestionado del campo de la atención de la salud mental puede leerse a través de distintas señales, algunas de las cuales son la dificultad para crear plazas para profesionales en este campo, la desigual proporción de apoyo económico para esta área en relación con otras, etcétera.

Hay que decir que esta situación que guarda el campo de la atención a la salud mental no es privativa ni de nuestro estado, ni siquiera de nuestro país, sino algo más ampliamente generalizado. De hecho, hasta para los organismos internacionales abocados a la salud, el territorio de la salud mental es, comparativa-

mente, un campo atendido en menor proporción y, dentro de este panorama, todavía es menos atendido el campo que tiene que ver con la salud mental de las mujeres, como campo específico. Esto se refleja también en el documento emanado de la Cumbre Mundial de la Mujer en Pekín en 1995, en donde el único señalamiento que se puede encontrar relativo a la salud mental de las mujeres es el siguiente:

Los trastornos mentales relacionados con la marginalización, la impotencia y la pobreza, junto con el trabajo excesivo, el estrés y la frecuencia cada vez mayor de la violencia en el hogar, así como el uso indebido de sustancias, se cuentan entre otras cuestiones de salud que preocupan cada vez más a la mujer. En todo el mundo, las mujeres, especialmente las jóvenes, fuman cada vez más cigarrillos, con los graves efectos

que ello acarrea para su salud y la de sus hijos. También han cobrado importancia las cuestiones relacionadas con la salud ocupacional, pues un número cada vez mayor de mujeres realiza trabajos remunerados en el mercado laboral estructurado o no estructurado en condiciones tediosas e insalubres. El cáncer de mama, de cuello del útero y otros cánceres del sistema reproductivo, así como la infertilidad, afectan a un número cada vez mayor de mujeres; esas afecciones son evitables o curables con un diagnóstico precoz.¹

Se puede entonces concluir que la salud mental, como rama de la aten-

¹ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 4 a 15 de septiembre de 1995. Tema 9 del programa. Sección C del Capítulo IV. Desigualdad en materia de atención de la salud y servicios conexos. A/CONF.177/L.5/Add.7 C. Desigualdad en materia de atención de la salud y servicios conexos, A/CONF.177/L.5/Add.7, español, p. 6, punto 101.

ción a la salud, es un campo problemático y aún en desarrollo que, además, trabaja en contra de una serie de prejuicios y malentendidos que se relacionan con la construcción social del objeto teórico que define la "locura". Una cosa sobre la que se insiste bastante en la presente entrevista es la importancia que en nuestro medio tiene el prejuicio social respecto a las enfermedades mentales y los trastornos emocionales, así como la frecuente emisión de juicios o de afirmaciones moralistas que conducen a que estos problemas se vivan con culpa o con vergüenza. Estos dos factores impactan fuertemente de manera negativa en la posibilidad de lograr una atención adecuada en etapas en las que se pueda facilitar la recuperación de este tipo de padecimientos.

Encontramos en esta entrevista algunos elementos que nos muestran que en las explicaciones de las patologías que tienen una inciden-

cia diferencial con base en el género, subyacen una serie de supuestos no desligados de construcciones ideológicas sobre supuestas esencias femeninas o masculinas, que si bien son características de la mayoría de las "ciencias médicas", en el campo de la salud mental cobran tintes específicos: las explicaciones de los cuadros patológicos de las mujeres (depresión y ansiedad) aparecen más asociadas con los factores biológicos (ciclos hormonales, menstruación, menopausia y posparto) que a los sociales; el vínculo que, sin embargo, aparece ligando a la salud mental con los desórdenes hormonales propios del ciclo biológico de las mujeres, no es conceptualizado como algo que es atravesado y afectado por las relaciones de género. Por otra parte, cuando se habla de la salud mental de los varones, se hace referencia a predisposiciones "posiblemente" genéticas y de cierta naturaleza "primitiva" que los

predispone a la esquizofrenia y a un éxito mayor en las tentativas de suicidio, pero tampoco se ligan estas patologías con las presiones sociales de género. Aunque a nivel discursivo parece reconocerse una "etiología multifactorial", en el plano conceptual no se trasluce una formulación que permita una óptica de la salud mental que incorpore realmente la dimensión del género como factor definitivo en la calidad de ésta.

Es indudable que en algunos comentarios hechos en esta entrevista se trasluce una posición que puede responder a cierta misoginia enubierta en el discurso médico tradicional de "lo natural" o "lo normal", que corresponde a las construcciones sociales de género en las que la percepción de las mujeres está marcada por un esquema muy estrecho derivado de un papel social asignado; es decir, un papel cultural: el de *amas de casa*, categoría

que, además, parece pensarse inadvertidamente en relación solamente con cierto segmento social particular (quienes tienen cincuenta pares de zapatos o una *windstar*, quienes tienen un marido que se queja por las molestias nocturnas o quienes pretenden ajustarse al papel de "buena madre" de clase media). En esto se puede observar un efecto discursivo frecuentemente aplicado a las mujeres: se habla de una de ellas o de un grupo de ellas para hablar de todas las mujeres. Como si su condición biológica compartida creara una misma situación para todas, por encima de los rasgos que las individualizan y de las múltiples diferencias que entre ellas se dan: diferencias de clase, de etnia, de religión, de ideología, de ocupación, de opción sexual, etc. La cuestión de la "competitividad" —que aparece confundida con la simple "envidia"— a la que se hace referencia en varias ocasiones para

señalar el papel de este factor en la producción del malestar emocional de las mujeres, da la impresión de provenir más de una posición ideológica pre-reflexiva ligada tanto al género como a la clase social, que de datos más objetivos. Ante esto, surgen algunas preguntas, tales como: ¿por qué las mujeres no podrían ser "sanamente competitivas", como suele solicitarse a los varones socialmente?, ¿por qué en el caso de ellas aparece ligada a una patología y en los varones se toma como una cualidad necesaria para el "éxito" profesional y económico? Éste es un detalle que permite ver la importancia de introducir una perspectiva de género sería en las apreciaciones de quienes trabajan en la salud mental para relativizar las observaciones y los juicios que se hacen sobre las mujeres y los varones, y producir una manera nueva y menos cargada ideológicamente de interpretar la fenomenología de la salud

mental.

El discurso que se lee en la presente entrevista en relación con los motivos y efectos de los cambios en los papeles sociales de género tanto en varones como en mujeres, es confuso y simplista, además de que se acerca peligrosamente a los juicios del actual secretario del trabajo de nuestro país, quien declaró que a las familias les ha perjudicado mucho el que las mujeres hayan ingresado al campo laboral. Lo que en la presente entrevista parece sugerirse es que la salud mental de las mujeres se ha deteriorado considerablemente debido a su ingreso al mundo del trabajo y, sobre todo, al incorporar el factor de la competitividad señalado más arriba. ¿Cómo explicar esto? Si bien se señala que tiene que ver con la usual doble jornada que las mujeres realizan, no se cuestionan las muchas otras ini- quidades propias de las relaciones de género que en todos los ámbitos

enfrentan las mujeres, además de las del hogar, que pueden ser también relacionadas con la producción de su malestar emocional. Es decir, no se intenta dar una explicación en la que las relaciones de género puedan ser consideradas como factor fundamental de sufrimiento y malestar.

Este discurso confuso y simplista, aunado a la pobreza conceptual con la que se analiza la participación de la dimensión del género en el área de la salud mental, son signos inequívocos de que la perspectiva de género en el campo de la salud mental por parte de nuestras autoridades sanitarias es desconocida, por lo que el diseño de políticas públicas para la atención de este campo con dicha perspectiva tampoco se contempla, a pesar de que parece bastante obvio que las mujeres y los varones se enferman y lidian con sus padecimientos de

maneras distintas, y que, por lo tanto, sus necesidades son también distintas. Probablemente un punto de partida para introducir la perspectiva de género en este campo es preguntarse sobre los factores que están detrás de esto y cómo se podrían diseñar estrategias más efectivas de atención sobre esa base.

La modernidad ha llegado al área de salud mental del estado de Jalisco, en el sentido de que llegó el señalamiento de la necesidad de atenderla por parte de organismos internacionales como la OMS, o de las políticas nacionales estratégicas que indican dar mayor presupuesto, lo cual ha generado nuevas maneras de prestar atención a esta área por parte de las autoridades de salud pública, con instituciones de nuevo formato y personal más especializado y numeroso. Sin embargo, y a pesar de que podría potenciar la calidad de la atención y los pro-

nósticos alentadores, la perspectiva de género parece no estar incluida en el paquete de dicha *modernidad*.

La introducción de la mencionada perspectiva de género en la atención pública de la salud mental implicaría que podría partir de un análisis teórico de la manera en que, en los modelos explicativos de la psicopatología, se deslizan contenidos esencialistas y poco objetivos desde el punto de vista de género; habría que trabajar también intensivamente en el plano conceptual para tender un puente teórico que establezca la relación operativa entre los factores sociales y los factores psíquicos "individuales". Además, habría que plantearse un esquema de análisis de los datos empíricos que dé realmente cuenta, de manera separada, de lo que está ocurriendo con las mujeres y los varones para comparar los dis-

tintos aspectos de la salud mental, así como los distintos requerimientos, tomando en cuenta también a las niñas como grupo específico. Este esquema de análisis debería incluir otras variables además del género, tales como etnia y clase, e indicadores apropiados para el trabajo empírico, que incluyan indicadores basados en derechos humanos e indicadores relacionados con la vida cotidiana, y que considere aspectos cualitativos. Un análisis de la salud mental desde la salud pública debería considerar los efectos más extendidos conectados con las iniquidades de género, tales como la violencia intrafamiliar, la violación y el abuso sexual, el acoso sexual, la homofobia, la discriminación sexual en el trabajo y otras áreas de la vida, los imperativos de los ideales de belleza difundidos por los medios de comunicación, y otros. Es posible que un análisis de la salud mental como

campo de la salud pública basado en estos elementos pueda dar pistas tanto para un manejo diagnós-

tico diferente, como para el diseño de estrategias de atención, desde farmacológicas hasta terapéuticas, nuevas y más efectivas.