



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM- AMECAMECA
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM- NEZAHUALCÓYOTL

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

**ANÁLISIS SOCIOCRÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN
MATERIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA EN MÉXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

P R E S E N T A:

LIC. EN D. DIANA JEZABEL MEJÍA GALICIA

DIRECTOR:

DR. ROBERTO MORENO ESPINOSA

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. MA. LUISA QUINTERO SOTO

MTRO. JORGE ENRIQUE PÉREZ LARA



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

JULIO DE 2020

Índice

Resumen.....	1
Abstract	4
INTRODUCCIÓN	7
1. Planteamiento del problema	12
1.2 Pregunta de investigación.....	15
1.3 Supuesto hipotético.....	15
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Objetivo general	15
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
2. Justificación	16
3. Marco teórico	20
3.1 El enfoque de análisis de políticas públicas.....	20
3.2 La teoría Sociocrítica	21
3.2.1 Referentes teóricos de la teoría Sociocrítica	22
3.2.2 Principales aportes del Sociocriticismo: Metodología, características y elementos más sobresalientes.....	23
3.3 El enfoque Sociocrítico en el análisis de políticas públicas en materia de depresión en México.....	25
4. Marco Conceptual:.....	29
4.1 Política pública: aproximaciones históricas.....	29
4.2 Concepto de política pública.....	30
4.3 El Análisis de la Política pública.....	32
4.3.1 Los Enfoques en el análisis de políticas públicas	35
4.3.2 El análisis de la política pública desde los modos tradicionales: el ciclo o proceso secuencial de las políticas públicas	37
4.4 Depresión: aproximaciones históricas.....	41
4.5 Concepto.....	42
4.6 Tipología de la depresión	44
5. Marco Contextual:.....	50
5.2 Factores biopsicosociales que inciden en la aparición de la depresión y en su atención dentro del sistema de salud en México	57

5.2.1 Factores sociales	58
5.2.2 Factores psicológicos	63
5.2.3 Factores biológicos	64
5.3 Modelos de atención de la depresión como problema de salud pública en México: el caso del Modelo Miguel Hidalgo, dentro del Programa de Acción Específico en Salud Mental (PAE SM)	66
5.4 El Enfoque sociocrítico como alternativa de análisis viable de las políticas públicas en materia de atención de la depresión como problema de salud pública en México	73
6. Marco normativo	78
6.1 Marco normativo nacional	78
6.2 Marco normativo internacional	81
7. Descripción metodológica	82
7.1 Enfoque teórico-metodológico	82
7.2 Diseño metodológico.....	83
7.2. 1 Tipo de estudio	83
7.2.2 Técnica de recolección de la información: Método DELPHI	84
7.3 Participantes.....	89
7.3.1 Universo y muestra	89
7.3.2 Criterios de inclusión.....	89
7.3.3 Criterios de exclusión	90
7.3.4 Criterios de eliminación	90
7.4 Procedimiento de intervención	90
7.5 Instrumentos de recolección de la información (cuestionarios)	93
7.5.1 Ronda 1. Cuestionario de intervención CU- ASPPDM- DELPHI.....	93
7.5.2 Ronda 2. Cuestionario de intervención CU- II- ASPPDM.....	95
7.6 Plan de análisis.....	95
7.7 Consideraciones éticas.....	96
8. Resultados.....	102
8.1 Productos de la investigación	102
9. Discusión general	109
10. Conclusiones	121
Referencias	126
A N E X O S.....	136
CARTA CERTIFICADO DE NO PLAGIO (ITHENTICATE).....	156

Índice de figuras

Figura 1. Proceso de la política pública.....	40
Figura 2. Marco normativo nacional.	78
Figura 3. Fases del Método DELPHI.	88
Figura 4. Estudio DELPHI en el Análisis Sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México.....	93

Lista de siglas y abreviaciones

ASPPMD	Análisis Sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión
PAE SM	Programa de Acción Específico en Salud Mental
SSA	Secretaría de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Resumen

El análisis de las Políticas públicas en materia de depresión en México, se ha venido sujetando, de acuerdo con los modelos Neoliberal (en planos económicos e institucionales) y el modelo Biomédico, (en terrenos de salud colectiva), a la producción de evidencias basadas en el mayor rigor científico, donde se toman en cuenta por lo general los datos duros basados en cifras y porcentajes (en este caso relacionados con la prevalencia de la depresión entre la población mexicana), de manera que este es un requisito sin el cual, no se diseñan ni elaboran nuevas políticas de asistencia en la materia. A propósito de la depresión como problema de salud mental pública, se pronostica que para el 2030, esta será la primera causa de discapacidad humana en el mundo; así lo perfilan diversas investigaciones científicas de renombre, respaldadas por cifras proyectadas por organismos internacionales en el rubro (Botto *et al.*, 2014) (OMS, 2016). En México, el trastorno ocupa el primer lugar entre las mujeres y el noveno entre los varones, lo que lo convierte en el principal reto de sanidad para el país.

La etiología de la depresión, es más bien multifactorial, y en su desarrollo confluyen vías de comorbilidad con la mayoría de las enfermedades físicas y también con otras de la misma índole mental (Berenzon *et al.*, 2013), lo cual agrava sobremanera su evolución y la de cualquier otro padecimiento concomitante con esta. Además, su relación con la ideación suicida, el estigma social que pesa sobre los sufrientes, los estragos económicos que provoca para estos y sus familias, el escaso presupuesto por parte del Estado para su asistencia, los recursos insuficientes y de difícil acceso destinados a su atención, la producción de políticas públicas ineficaces que desgastan los recursos materiales y humanos de parte del Estado y, tratándose de los métodos para el análisis de estas acciones públicas: los enfoques inadecuados e incompatibles para su estudio e interpretación, por lo general condensados en la idea del ciclo (García, 2014), una manera de abordar a estas acciones mediante estructuras rígidas y secuenciales que en ocasiones no se corresponden con la aleatoriedad ni complejidad de los fenómenos que las motivan, impidiendo a estos recursos la interpretación de la realidad desde planos que consideren mayormente el aspecto subjetivo del ser humano y también a los factores

biopsicosociales, como las influencias más significativas en la aparición de fenómenos relacionados con la salud mental de los individuos (van den Bosch y Meyer, 2019; Medina et al., 2015; Berenzon et al., 2013; Wagner, et al., 2012, entre otros). De manera que la intervención del Estado en este rubro, ha sido más bien insuficiente y los recursos para la atención de este trastorno ineficaces. Es necesario analizar a esta clase de fenómenos desde planos de mayor amplitud holística y heurística, que permitan interpretar al fenómeno depresivo de modo mayormente subjetivo. La Teoría sociocrítica (Vera y Jara, 2018), concibe a la política pública como una herramienta de análisis y diagnóstico de realidades sociales complejas, donde el fomento de la participación de la ciudadanía tiende hacia la solución de los problemas a partir de la iniciativa del propio individuo, centrando la atención del Estado, en el empoderamiento de estos sujetos y, consolidando así el fin teleológico de la tesis: la emancipación del ser humano.

El objetivo principal de este trabajo, consistió en analizar las características, utilidad y posible aplicabilidad teórica del enfoque sociocrítico, como tratamiento alternativo en el proceso de las políticas públicas en materia de depresión, así como sus efectos en la solución de problemas públicos relacionados en México. Para ello se realizó un estudio Delphi (Dalkney & Helmer, 1948), consultando a un panel de dieciséis expertos, también para someter a valoración el análisis de la problemática desde el Sociocriticismo. Tras la segunda ronda, se obtuvieron niveles de consenso aceptables a partir de la concordancia de los ítems, donde el 70% de los expertos puntuaban su respuesta dentro o por encima de la región de la mediana grupal (Campos, *et al.*, 2016). Los hallazgos ubican a la depresión pública en México como un problema grave e importante, identificando a la pobreza, a los factores relacionados con las redes de soporte familiar y los asociados a la desigualdad y exclusión social de los sufrientes, como los principales factores que influyen en el acceso y atención de este trastorno en el sistema de salud mexicano. Así mismo, sobre todo por las cifras en relación a su prevalencia, el panel sugiere el diseño de una política exclusiva para abordar la atención del trastorno depresivo, o bien, revisar el proceso de las políticas públicas existentes que se muestren incluyentes con este fenómeno, desde nuevos enfoques teóricos como el propuesto por la teoría Sociocrítica, configurando con ello un criterio orientador o de consulta en investigaciones futuras que abonen en la materia.

Se concluye que el enfoque sociocrítico como herramienta de análisis del proceso de la política pública en materia de depresión, constituye una alternativa viable en la revisión de estos procesos, validada de forma científica mediante el método Delphi, para ser considerada frente a los modos tradicionales de analizar a esta clase de acciones, por lo general constreñidos en la idea del ciclo, un examen de la política pública más bien clásico, que se corresponde con los paradigmas positivista y Biomédico imperantes, que interpretan a enfermedades mentales como la depresión, desde arquetipos científicistas basados mayormente en la evidencia. El análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión, coadyuva en una mayor visibilización del trastorno depresivo, a partir del empoderamiento de los sujetos a quienes se dirige, y que representan el recurso humano en el que el Estado centra su atención, con la intención de que sean estos sujetos los que den solución a esta clase de problemáticas a partir de su propia iniciativa. Esta es quizá, su mayor contribución al problema de la depresión pública en México.

Palabras clave: Políticas públicas/ Depresión/ Teoría sociocrítica/ Método Delphi

Abstract

The analysis of public policies on depression in Mexico has been subject, in accordance with the Neoliberal models (in economic and institutional planes) and the Biomedical model, (in collective health fields), to the production of evidence based in the highest scientific rigor, where hard data based on figures and percentages are generally taken into account (in this case related to the prevalence of depression among the Mexican population), so this is a requirement without which, no new assistance policies are designed or elaborated in this area. About depression as a mental health problema, it is predicted that by 2030, this will be the first cause of human disability in the world; this is confirmed by various renowned scientific investigations, supported by figures projected by international organizations in the field (Botto et al., 2014) (WHO, 2016). In Mexico, the disorder ranks first among women and ninth among men, making it the main problema mental health for the country.

The etiology of depression is rather multifactorial, and in its development, comorbid pathways converge with most physical illnesses and also with others of the same mental nature (Berenzon et al., 2013), which greatly aggravates its evolution and that of any other condition concomitant with this. Also their relationship with suicidal ideation, the social stigma that weighs on sufferers, the economic damage it causes to them and their families, the scarce budget on the part of the State for their assistance, the insufficient and difficult-to-access resources allocated to their attention, the production of ineffective public policies that waste the material and human resources on the part of the State and, in the case of the methods for the analysis of these public actions: the inadequate and incompatible approaches for their study and interpretation, generally condensed in the idea of the cycle (García, 2014), a way of approaching these actions through rigid and sequential structures that sometimes do not correspond to the randomness or complexity of the phenomena that motivate them, preventing these resources from interpreting reality from planes that consider mainly the subjective aspect of the human being and also biopsychosocial factors, such as the more significant fluences in the appearance of

phenomena related to the mental health of individuals (van den Bosch and Meyer, 2019; Medina et al., 2015; Berenzon et al., 2013; Wagner, et al., 2012, among others). So that, the intervention of the State in this area has been rather insufficient and the resources for the attention of this disorder ineffective. It is necessary to analyze this class of phenomena from planes of greater holistic and heuristic amplitude, which allow interpreting the depressive phenomenon in a mostly subjective way. Sociocritical Theory (Vera and Jara, 2018), conceives public policy as a tool for analysis and diagnosis of complex social realities, where the promotion of citizen participation tends towards solving problems from the initiative of the own individual, focusing the attention of the State, on the empowerment of these subjects and, thus consolidating the teleological end of the thesis: the emancipation of the human being.

The main objective of this work was to analyze the characteristics, usefulness and possible theoretical applicability of the Sociocritical Theory, as an alternative treatment in the process of public policies on depression, as well as its effects on the solution of related public problems in Mexico. For this, a Delphi study (Dalkney & Helmer, 1948) was carried out consulting a panel of sixteen experts, also to submit the analysis of the problem from Sociocriticism to evaluation. After the second round, acceptable levels of consensus obtained from the agreement of the items, where 70% of the experts rated their response within or above the group median region (Campos, et al., 2016). The findings place public depression in Mexico as a serious and important problem, identifying poverty, factors related to family support networks and those associated with the inequality and social exclusion of sufferers, as the main factors that influence in the access and care of this disorder in the Mexican health system. Likewise, especially due to the figures in relation to its prevalence, the panel suggests the design of an exclusive policy to address the care of depressive disorder, or to review the process of existing public policies that are inclusive with this phenomenon, from new theoretical approaches such as that proposed by Sociocritical theory, thereby configuring a guiding or consulting criterion in future research.

It is concluded that the Sociocritical theory, as an analysis tool of the public policy process regarding depression, constitutes a viable alternative in the review of these processes, scientifically validated by the Delphi method, to be considered against the traditional ways of analyze this class of actions, generally constrained in the idea of the cycle, a rather classic examination of public policy, which corresponds to the prevailing positivist and biomedical paradigms, which interpret mental illnesses as depression, from scientific archetypes based on evidence. The sociocritical analysis of public policies on depression contributes to a greater visibility of depressive disorder, based on the empowerment of the subjects to whom it is addressed, and who represent the human resource on which the State focuses its attention, with the intention is for these subjects to provide solutions to this type of problem on their own initiative. This is perhaps his greatest contribution to the problem of public depression in Mexico.

Keywords: Public policy / Depression / Sociocritical theory / Delphi method

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, tiene por objetivo primordial analizar las características, utilidad y aplicabilidad teórica del llamado enfoque Sociocrítico, como tratamiento alternativo en el proceso de las políticas públicas en materia de depresión, así como sus efectos en la solución de problemas públicos relacionados en México.

En ese sentido, y de modo más explícito, en este documento se expone una forma innovadora de analizar a estas políticas, propuesta desde un particular enfoque teórico, que como ya se ha dicho, proviene de los postulados más representativos para la teoría Sociocrítica (Vera y Jara, 2018); una perspectiva sociológica que como instrumento teórico no fue diseñado para analizar directamente a esta clase de acciones, sino que más bien contempla a la sociedad como su principal objeto de estudio, y que no obstante, su tratamiento puede ser replicado sobre el proceso de análisis clásico de la política pública (en este caso en materia de depresión) a partir del cual, esta se constituye en el instrumento desde el que se analizan estos fenómenos, además de que consigue centrar la atención de los recursos del Estado, en el empoderamiento y emancipación de los individuos a quienes estas políticas se dirigen.

La necesidad de plantear esta propuesta, surge de advertir la insuficiencia de los métodos tradicionales para el análisis de políticas públicas en esta materia, por lo general, sujetos a la producción de evidencia cuantificable para su análisis, una visión muy acorde con la hegemonía del positivismo y de modelos imperantes como el Neoliberal (en planos económicos e institucionales) y el modelo Biomédico, (en terrenos de salud colectiva). De esta suerte, el análisis de las políticas públicas se condensa en la idea del ciclo (García, 2014), una forma de analizar a esta figura, consistente en estudiar a la política mediante su separación en estructuras rígidas y secuenciales, lo que en ocasiones no se corresponden con la complejidad de los fenómenos que las motivan, impidiendo a estos recursos la interpretación de la realidad desde planos que consideren mayormente el aspecto subjetivo del ser humano y también a los factores biopsicosociales, como las influencias más significativas en la aparición de fenómenos relacionados con la salud mental de los individuos (van den Bosch y Meyer, 2019; Medina

et al., 2015; Berenzon *et al.*, 2013; Wagner, *et al.*, 2012, entre otros). La inobservancia de los aspectos subjetivos del ser humano, así como de los factores biológicos, psicológicos y/o sociales que pudieran incidir en la aparición de trastornos como el depresivo, y en la calidad de la atención que reciben los sujetos con diagnóstico, se traduce en el diseño de políticas inadecuadas e incompatibles con sus objetos de intervención, así como en implementaciones fallidas que de uno u otro modo, desgastan los recursos materiales y humanos invertidos por parte del Estado en estas acciones. De modo que, como bien señala García (2014); es urgente remontar la visión descriptiva del ciclo de políticas, para transitar hacia una perspectiva más heurística, que reconozca tanto la complejidad de los problemas públicos, como el contexto de incertidumbre y escasez en el que actúan las instituciones públicas.

Para aterrizar la anterior propuesta y validarla formalmente, se recurrió al uso del método Delphi (Dalkney y Helmer, 1948), una de las técnicas más utilizadas en las ciencias sociales y políticas, y cuyas aportaciones, bastante provechosas, son descritas en el apartado correspondiente de esta tesis. De este modo, un panel compuesto al final por 16 expertos, analizó algunas generalidades referidas al fenómeno de la depresión pública como tal y a las acciones públicas que para su atención implementa el Estado mexicano; como es el caso del Programa de Acción Específico en Salud Mental PAE SM (SSA, 2014), el documento escrito que contiene la gran mayoría de acciones, programas y políticas públicas, dirigidas a la atención de la depresión y otros trastornos de la salud mental en general. De modo paralelo, este ejercicio también fue aprovechado para conocer la opinión del grupo, respecto a la posibilidad de analizar al proceso de políticas públicas en esta materia, desde el enfoque Sociocrítico, como una alternativa frente a la idea tradicional del ciclo.

Así; el trabajo está integrado por diez apartados en los que se intenta reflexionar de modo crítico, respecto a la depresión como problema de salud público en México, y también en torno a las políticas públicas que se han diseñado desde el aparato estatal para paliar este problema. En los primeros espacios, se incluye la presentación del resumen, el abstract, la introducción y enseguida, se expone el apartado referente a la delimitación del objeto de estudio; que contiene el planteamiento del problema, la

pregunta de investigación, el supuesto hipotético y los objetivos. En el segundo episodio, se justifica nuestro estudio y, para el siguiente apartado, se recurre a la exposición de los referentes teóricos del enfoque Sociocrítico, sus características y elementos más sobresalientes.

Posteriormente, se muestra el apartado conceptual que demarca este estudio y que expone conceptos como el de política pública, el proceso o ciclo de la política, el concepto clínico y más general de depresión, así como los diferentes tipos en que se presenta el trastorno, entre otras connotaciones. Luego; se perfila el marco contextual desde el que se aborda la investigación. Este, denota lo complejo del trastorno y hace alusión a algunos de los principales factores biopsicosociales que inciden tanto en la aparición de este padecimiento, como en el acceso al sistema de salud por parte de los sufrientes. También, fueron abordados en este apartado los diversos modelos de atención de la depresión y los enfoques múltiples desde los que se analizan a las políticas públicas en materia de salud mental. Estos contenidos, fueron producto del estado del arte elaborado para este trabajo. Así, al llegar al punto número seis, se da cuenta del marco normativo bajo el cual se garantiza el derecho a la salud mental y la atención de las personas con diagnósticos positivos para los principales trastornos en este rubro. De forma subsecuente; en el séptimo apartado se describe de manera puntual el estudio Delphi, diferido en dos rondas, que fue utilizado para la recolección de los datos necesarios para validar la propuesta de analizar al proceso de las políticas públicas en materia de depresión en México, desde enfoques alternos como el Sociocrítico. Casi para terminar, se muestran los resultados y principales hallazgos, como producto de la instrumentación metodológica antes descrita, seguidos por el capítulo número nueve de este trabajo, que contiene la discusión de dichos resultados. En el décimo apartado; se refieren las conclusiones generales de la investigación.

Para finalizar, se presenta el listado de referencias y los anexos.

De esta suerte; esta tesis se concibe como una contribución desde la Sociología de la salud (específicamente, desde líneas de investigación relacionadas con la política y administración de la salud), a la atención de fenómenos como el de la depresión pública en México. Como ya se ha dicho, supone la idea de revisar el proceso de las políticas

públicas dirigidas a la atención de este trastorno, desde nuevos enfoques teóricos que se ajusten a lo complejo del contexto en el que la depresión se desarrolla y respecto a cómo se atiende a los sujetos con diagnóstico, y donde uno de los abordajes que mejor se acomodan, se corresponde con los postulados del enfoque Sociocrítico, ya que contempla la inclusión de una serie de variables que hasta ahora no han estado presentes en los procesos de formulación, implementación y/o evaluación de las políticas públicas para este rubro. Lo anterior, como señala Haro, en 2010; requiere de una reflexión que reubique los objetivos del quehacer político en el ámbito sanitario, con especial énfasis en la salud mental, así como de una actualización teórica y técnica que coadyuve en la apertura de las ciencias de la salud colectiva, y de la misma política pública, hacia un necesario giro epistemológico en la manera de abordar problemas de salud mental como el de la depresión pública en México. Además, a tenor de la teoría Sociocrítica se propone que, en los procesos de este tipo de políticas, debieran participar quienes sufren y experimentan las situaciones de esta enfermedad, como estrategia no solo de empoderamiento de los sujetos padecientes (Campos *et al.*, 2016), sino como la manera más adecuada de allegarse los tomadores de decisiones, de las voces de los sujetos que denuncian los aspectos estructurales del contexto que inciden de algún modo en la etiología y atención de este padecimiento. Así pues, una mayor participación ciudadana en la toma de decisiones políticas, a la larga representa una “forma de apropiación de lo político” por parte de la población, lo cual necesariamente lleva consigo un “estiramiento conceptual” de los enfoques o paradigmas bajo los cuales se interpretan estos fenómenos, a fin de encontrar nuevas herramientas y métodos de análisis acordes con la complejidad de la vida actual, y en donde se tome en cuenta, la diversificación de actores que son partícipes de los procesos de diseño de estas políticas (Fontaine, 2015, p. 1).

Se concluye, como en otros estudios de mayor rigor metodológico, que la depresión pública en México es un problema grave e importante, y que la manera en como conceptualizamos actualmente a la salud mental debe revisarse. También, en atención a la alta prevalencia de la depresión en México, es necesario, de acuerdo a la opinión de los expertos; el diseño de una política exclusiva para atender el trastorno, o bien, abonar por el tratamiento al proceso de las políticas actuales en este rubro desde el enfoque

sociocrítico, para de esta forma, contribuir al análisis de problemas como el de la depresión pública en México, mediante el concurso de diversos actores sociales, herramientas teóricas y prácticas y, desde luego, considerando la realidad del contexto biopsicosocial, en su íntima relación con el proceso de esta clase de acciones, toda vez que los problemas de salud mental, de enfermedades como la depresión y de la atención referida a esta, no se reducen a cuestiones que ocurren en un individuo, sino que son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida cotidiana y tienen sus raíces en los modelos de organización política, económica y social, que una determinada población adquiere (Bertona, 2014).

1. Planteamiento del problema

Las políticas públicas en materia de depresión, son acciones de parte del Estado para reducir la carga que representa este trastorno y mejorar las condiciones de vida de quienes lo padecen. De acuerdo a las cifras relacionadas con su incidencia, proyectadas por organismos internacionales en materia de salud mental, así como por investigaciones de renombre, se coloca a la depresión como un problema importante de salud pública, previéndose que para el 2030, ocupará el primer lugar en la medición de carga de la enfermedad, sobre todo, en razón de la discapacidad que provoca (Botto, Acuña y Jiménez, 2014). En el mundo, aproximadamente 350 millones de personas padecen depresión (Berenzon, Lara, Robles, y Medina, 2013), estimándose porcentajes similares para el país, en donde el trastorno ocupa el primer lugar entre las mujeres, y el noveno entre los varones.

Además, los factores que confluyen tanto en la aparición del trastorno depresivo, como en el acceso y atención de los enfermos al sistema de salud mexicano, provienen de múltiples referencias colectivas y de entornos contextuales variados, lo que hace de este problema un fenómeno complejo y de gran envergadura, con importantes implicaciones para las políticas públicas que se diseñen, o bien, para el análisis de las que ya existen. Si bien es cierto, a partir de la llamada Reforma psiquiátrica se constituye todo un cambio en la forma de ver, entender y atender a los trastornos mentales, considerando no solo a los aspectos biológicos en su desarrollo, sino también a las variables provenientes del contexto y a los llamados factores biopsicosociales, logrando con ello un desarrollo sustantivo de aportes relevantes provenientes de diversas disciplinas; en la realidad, debido al predominio del biologicismo y del marco positivista que imperan en la visión clínica y social del trastorno, la producción de nuevas políticas, así como los métodos tradicionales para el análisis de los procesos de elaboración de las acciones que ya existen para atender el rubro, se encuentran constreñidos a la medición de variables cuantitativas y a la construcción de indicadores objetivos para su

validación. Así también lo indican Medina, Sarti y Real, en 2015; al señalar que, tanto para fines asistenciales, como de investigación y de planeación de políticas en materia de salud mental, se toma en cuenta, casi de forma exclusiva el respaldo de la información científica con mayor rigor metodológico.

Este monismo metodológico (Haro, 2015), se traduce en la reducción de los métodos tradicionales para el análisis de las políticas públicas (en este caso, en materia de depresión), que minimizan la influencia de lo político, lo psicosocial, socioambiental y/o sociocultural en la aparición de esta clase de trastornos, pese a que su papel ha sido progresivamente evidenciado por diversos aportes científicos. Así mismo, la influencia de enfoques positivistas para explicar fenómenos como el de la depresión pública, puede verse reflejada en el abordaje del proceso de las políticas públicas erigidas para su atención, tradicionalmente condensado en la idea del ciclo (García, 2014), una forma de analizar a la política por medio de estructuras secuenciales. No obstante, en este rígido ejercicio escapan categorías fundamentales que no son observables empíricamente, como los juicios de valor, los intereses y los contextos (Salas, Ríos, Gómez, y Álvarez, 2012), por lo que la capacidad real de estas políticas para contribuir a la solución de los problemas de salud mental, podría quedar en entredicho.

Ergo; en virtud de las particularidades mencionadas, es imprescindible un cambio de paradigma hacia el tratamiento integral de la depresión (Medina, *et al.*, 2015), así como la búsqueda de nuevos instrumentos conceptuales y metodológicos para analizar a las políticas públicas en esta materia, que prioricen el estudio del plano subjetivo de la enfermedad mental y el entendimiento de los factores biopsicosociales, además de dotar a los sujetos destinatarios de las herramientas necesarias para que sean ellos mismos, si así lo desean, los promotores del cambio para transformar dichas condiciones. Lo anterior, muy a tono con recomendaciones como las de la Organización Mundial de la Salud, quien desde 1990, hace hincapié en la importancia de involucrar activamente a los usuarios de los servicios de salud mental en su propia atención (Campos, Sousa, Rodrigues, Marques, Quéiros, y Dores, 2016).

Es en este espacio, en donde encuentran cabida enfoques como el que propone la Teoría sociocrítica (Vera y Jara, 2018; Alvarado y García, 2008), una perspectiva que, si

bien es cierto, como instrumento teórico no precisamente fue diseñada para aplicarse en los procesos de política pública, sino más bien como una alternativa de análisis de la sociedad, su tratamiento puede ser replicado a la hora de analizar al proceso de esta clase de acciones. Desde la Teoría sociocrítica, la política pública se concibe más bien como una herramienta de análisis y diagnóstico de la realidad, que incorpora una perspectiva social y participativa para una comprensión innovadora de la depresión como problema de salud pública, y en donde el fomento de la participación de la ciudadanía en el proceso de esta clase de acciones, tiende a la solución de problemas a partir de la iniciativa del propio individuo, a quien se capacita con los recursos del Estado para el desarrollo de ciertos procesos cognitivos que coadyuven en una mayor autonomía, consolidando así el fin teleológico de la tesis: la emancipación del ser humano.

Concretamente, la propuesta teórica que se intenta en este trabajo, busca dar un tratamiento sociocrítico al proceso de análisis de las políticas públicas (en este caso, en materia de depresión), y reflexionar acerca de las contribuciones de este enfoque, como paradigma de análisis e interpretación de problemas como el de la depresión pública y su atención en México, donde la política pública erigida para la solución de este problema, se constituye en el instrumento desde el cual se realiza dicho examen. En México; desde el año 2001, el Programa de Acción Específico en Salud Mental (PAE SM), configura el mejor ejemplo de la política pública en el área, pues contiene la gran mayoría de acciones, planes y programas dirigidos al combate de este y otros trastornos de la salud mental. Ejemplo de lo anterior, es el llamado Modelo Miguel Hidalgo de atención comunitaria en salud mental, que surge bajo el amparo de programas como el PAE SM y que busca dar un giro en la atención del trastorno, erradicando las viejas prácticas de atención asilar y reintegrando a la salud mental dentro de las prácticas habituales de asistencia situadas en el primer nivel de atención. Sin embargo, la realidad es que, en las prácticas convencionales se continúan privilegiando los enfoques cuantitativos y la producción de evidencia objetiva para la formulación, implementación o evaluación de las políticas en esta materia.

1.2 Pregunta de investigación

¿Puede el enfoque Sociocrítico, constituirse en una alternativa viable de análisis del proceso de las políticas públicas, en este caso en materia de depresión en México, frente a los métodos tradicionales para analizar estas acciones?

1.3 Supuesto hipotético

El desarrollo de nuevas perspectivas conceptuales y teóricas, como la propuesta por el enfoque Sociocrítico, para ser aplicadas sobre el proceso de políticas públicas en materia de depresión; podría mejorar la calidad de la investigación en políticas para este rubro y su capacidad para incidir favorablemente en la sociedad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar las características, utilidad y posible aplicabilidad teórica del enfoque sociocrítico, como tratamiento alternativo en el proceso de las políticas públicas en materia de depresión, así como sus efectos en la solución de problemas públicos relacionados en México.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar, mediante la opinión de expertos, los principales factores biopsicosociales que inciden en la atención de la depresión en la población adulta en México.

2. Proponer, desde el enfoque sociocrítico, una alternativa de análisis distinta al proceso de políticas públicas, frente a la forma tradicional de abordar estos procesos constreñida en la idea del ciclo.

3. Perfilar un diagnóstico social y político, acerca del contexto desde el cual se formulan y desarrollan políticas públicas en materia de depresión en México, tomando en cuenta los factores biopsicosociales que inciden en la aparición y atención del trastorno, y detectando los espacios en donde podrían ubicarse nuevos enfoques para su análisis, como el Sociocrítico.

2. Justificación

El presente trabajo; pretende contribuir a la investigación científica de problemas sociales complejos como el de la depresión pública en México, a partir de la inclusión de nuevas perspectivas teóricas propuestas para el análisis del proceso de las políticas públicas que el Estado, ha diseñado para hacer frente a este problema. Se propone abordar a esta clase de acciones, desde enfoques como el propuesto por la teoría Sociocrítica (Vera y Jara, 2018), como una manera innovadora, multidisciplinaria y mayormente heurística de analizar al proceso de las políticas públicas incluyentes con el trastorno depresivo en México, frente a los métodos tradicionales de análisis de las mismas, que actualmente exhiben déficits considerables y más bien restrictivos en el estudio e interpretación de los hechos que las motivan y en donde son los sujetos destinatarios, quienes dan solución a las problemáticas que les afectan, a partir del desarrollo de ciertos elementos cognitivos tendientes al empoderamiento y emancipación de los mismos.

Una de las razones principales que nos orilló a incursionar en esta rama del conocimiento, tiene que ver con la relevancia pública y social que el llamado trastorno depresivo ostenta, sobre todo en relación con las cifras en torno a su prevalencia. A propósito de este problema; estudios de prestigio en el ramo señalan que, a nivel mundial 350 millones de personas padecen depresión (Berenzon, *et al.*, 2013). Según la Federación Mundial de Salud Mental, en 2012; esta enfermedad ocupa el tercer puesto en la carga global de salud mental en el mundo y su prevalencia entre la población general se encuentra entre 8 y 12% (Botto *et al.*, 2014). Los números son similares para México, en donde el trastorno ocupa el primer lugar entre las mujeres y el noveno entre los varones. Además; se ha proyectado que para el 2030, la depresión ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es decir, de acuerdo al tiempo en el que el individuo es completamente incapaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas debido a este padecimiento (Botto, *et al.*, 2014). De modo paralelo a la aparición de la depresión; se adicionan otras cargas: el escaso presupuesto para su asistencia, los recursos

insuficientes y de difícil acceso para su atención, los enfoques de interpretación incompatibles para explicar su origen, los métodos inapropiados para el análisis de las políticas erigidas para su combate. También, la morbilidad del trastorno asociada con la mayoría de enfermedades físicas y emocionales, su relación con la ideación suicida, el impacto social (asociado a estigmas, cargas peyorativas y deterioro de relaciones interpersonales), y, por último, los estragos económicos que provoca para el sufriente y su familia.

Todos los argumentos anteriores, hacen de la depresión pública en México uno de los problemas de salud mental más importantes para la sociedad. Sin embargo, pese a la carga que representa, el Estado no ha logrado implementar una estrategia de solución que combata el problema de forma integral, abordando a la depresión, por ejemplo, desde perspectivas de interpretación que permitan explicar la naturaleza multicausística que la origina. Si bien es cierto, el estudio del papel del ente estatal para solucionar diversas problemáticas relacionadas con este y otros trastornos de la salud mental, ha sido ampliamente abordado y discutido; la realidad es que la gran mayoría de estos trabajos, pese a constituir importantes fuentes de consulta, presentan una clara tendencia positivista a la hora de abordar problemas asociados con la salud mental de los individuos, de manera que solo se arrojan datos duros al respecto, cifras y porcentajes que dan cuenta de la prevalencia de la enfermedad, pero sin explicar el porqué de las causas de la misma. Pocos son los estudios que observan el problema desde perspectivas cualitativas, mayormente heurísticas, que permitan la interpretación de estas realidades desde planos más subjetivos, lo cual, resulta obligado tratándose de enfermedades como la depresión, una enfermedad sin signos visiblemente físicos.

En ese sentido; y a propósito de lo parco de la producción científica, tratándose del abordaje institucional de problemas de salud mental pública (como por ejemplo la depresión), desde paradigmas de interpretación que no se limiten a la producción de evidencia de rigor científico como requisito *sine qua non* para considerar el diseño de nuevas políticas encaminadas al combate de estos problemas, vale la pena resaltar que en el caso particular del análisis del proceso de estas acciones, desde perspectivas sociológicas como las propuestas por el enfoque Sociocrítico, la información en las

fuentes de consulta es prácticamente nula, por lo que los aportes que pudieran constituir nuestros hallazgos, adicionan nuevos conocimientos en esta área, representados mediante nuevas formas de interpretar a estos fenómenos, desde posturas ajenas a la disciplina en ciencias políticas, que reduce el estudio de los procesos de política dentro de un marco limitado y estrictamente secuencial (ciclo), correspondiente con los modelos positivistas imperantes. Así, con base en los anteriores argumentos, el presente documento pretende constituirse como punto de partida en la investigación y el estudio del proceso de las acciones y políticas públicas dirigidas a solucionar problemas como el de la depresión pública en México, desde la Sociología de la salud, reposicionando a esta disciplina como uno de los mejores marcos de interpretación, para abordar fenómenos complejos como el de la depresión pública en México, pues permite revisar el problema de modo más bien interdisciplinario, sin soslayarlo a una sola forma de exégesis.

Resaltar también que, debido a lo complejo de la problemática que se aborda, así como de la propuesta que se intenta, en el sentido de revisar el marco contextual desde el cual se formulan y desarrollan las políticas públicas en materia de depresión en México, tomando en cuenta los factores biopsicosociales que inciden en la aparición y atención del trastorno, y detectando los espacios en donde podrían ubicarse nuevos enfoques como el Sociocrítico para su análisis, es que se recurrió al uso del método Delphi (Dalkney y Helmer, 1968), pues este representa una de las técnicas más comúnmente utilizadas para abordar realidades sociales complejas (Valente, Castellani, Lars y Aro, 2015), para identificar tópicos oscuros, especificar las preguntas de investigación, o bien ubicar una perspectiva teórica para la fundamentación de la investigación (Cabrero e Infante, 2014), (esta última finalidad, muy a tono con la propuesta de nuestra tesis), por lo que apelar a este recurso, es decir, al empleo del método Delphi para validar los objetivos de nuestro trabajo, no solo evidencia una especie de sintonía metodológica correspondiente con el marco teórico que soporta la presente investigación, sino que al tiempo, constituye un cuadro de análisis mayormente compatible con los contextos de desarrollo inmediato de los individuos, abonando así a la urgente necesidad de integrar al estudio y análisis de la política pública (sobre todo en materia de salud mental), perspectivas más integrales y mayormente holísticas, capaces

de reconocer la influencia del medio externo en el proceso salud- enfermedad del ser humano. Lo anterior, también permite entrever la viabilidad de la propuesta que se intenta y cuyo principal motivo para emprenderse, tuvo que ver con la idea o supuesto de que el desarrollo de estas nuevas perspectivas (como la que deviene del enfoque Sociocrítico), como alternativa de análisis del proceso de políticas públicas en materia de depresión, podría mejorar la calidad de la investigación en políticas para este rubro, así como la capacidad de estas acciones, para incidir favorablemente en la sociedad, repercutiendo de forma provechosa en la reducción de la carga de la enfermedad entre la población en México, y en la calidad de vida de los sujetos con depresión. Estos planteamientos, se encuentran por ahora en proceso de discusión, debate y definición, pero son sin duda, señales de un cambio de paradigma que se avecina para las ciencias sociales y también políticas, que aborden problemas de la complejidad que caracteriza al fenómeno depresivo, lo cual sin lugar a dudas representa un avance en la comprensión de estos problemas, así como en la producción de nuevos conocimientos.

3. Marco teórico:

El enfoque de Análisis de políticas y el enfoque Sociocrítico

3.1 El enfoque de análisis de políticas públicas

Esta perspectiva, constituye una excelente puerta de entrada para el estudio de las políticas públicas, debido a sus cualidades didácticas, así como a su flexibilidad y adaptabilidad. El desarrollo de esta ciencia generada en Inglaterra y en los Estados Unidos en la década de los cincuenta, parte de la noción del gobierno y la puesta en marcha de políticas eficaces que economizasen recursos para el Estado y los ciudadanos. El interés principal de este enfoque es el “estudio de la acción de los poderes públicos en el seno de la sociedad” (Subirats, *et al*, 2008), citado por (Fuenmayor y Ochoa, 2014, p. 85). Es decir; entender al Estado trabajando en acción, y lograr dicho entendimiento a partir de los actores públicos y privados que se encuentran implicados en un sector de intervención específico, a partir de los recursos con los que estos cuentan y, considerando a las instituciones que reglamentan sus acciones. Para ello, recurre a las siguientes interrogantes: ¿es necesaria la intervención del gobierno para solucionar un problema concreto?, ¿cómo debe estar orientada esa intervención?, ¿cuánto tiempo será necesario actuar?, ¿costo de las acciones emprendidas?, ¿quiénes serán los beneficiarios con dicha intervención y quiénes resultarán perjudicados por ella?, ¿los resultados serán satisfactorios? (Fuenmayor y Ochoa, 2014, p. 85).

En ese sentido, desde hace unos años se considera que la capacidad del enfoque de análisis tradicional, para realizar nuevos aportes explicativos se encuentra agotada, debido a sus límites conceptuales, en particular, al hecho de que el enfoque se basa en una concepción idealizada y racional del contexto, influenciada en su mayoría por el Modelo Incremental, con un sesgo “*top-down*” (Roth, 2008), es decir, dentro de los parámetros de la racionalidad económica (Fuenmayor y Ochoa, 2014).

De este modo, muchos analistas consideran que el marco secuencial, característico del análisis del proceso de políticas, ha cumplido su tiempo de vida y que debería ser remplazado por mejores teorías.

3.2 La teoría Sociocrítica

El paradigma sociocrítico, tiene su fundamento principal en la llamada Teoría crítica, que se inicia con la creación en 1924 de la *Frankfurter Schule* (Escuela de Frankfurt) (Frankenberg, 2011), más tarde convertida en el Instituto de Investigaciones Sociales afiliado a la Universidad de Frankfurt y con la agrupación de pensadores alemanes como Teodoro Adorno, Fredrich Pollock, Herbert Marcus, Max Horkheimer y más tarde Jürgen Habermas (Frankenberg, 2011).

Las Doctoras Alvarado y García (2008), refieren: “Fue la escuela de Frankfurt, la que desarrolló un concepto de teoría que tenía como objetivo fundamental la emancipación del ser humano” (p. 189).

Silvana Laso, en 2004; por su parte y sobre el mismo Instituto, señala:

La Escuela de Frankfurt fue una muy importante concentración de destacados intelectuales alemanes que compartieron una aproximación teórica de carácter crítico y un pensamiento social progresista, entre ellos se destacaron: Theodor Adorno, Max Horkheimer, Herbert Marcuse, Erich Fromm, Walter Benjamín. (p. 438)

El concepto fundamental de la tesis se basa en la crítica social, con un marcado carácter autorreflexivo, es decir, considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos. Pretende, además la autonomía racional y liberadora del ser humano y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social. Desde este paradigma, los problemas de investigación parten de situaciones reales y tienen por objeto la transformación de la realidad; su selección la realiza el propio grupo, que cuestiona la situación inicial (Gil, León y Morales, 2017). Por lo tanto, para los defensores del paradigma sociocrítico, “la actividad investigativa está siempre orientada por valores y, en consecuencia, la objetividad y la búsqueda de ésta son ilusorias” (Roth, 2008, p. 73).

Es decir que, el paradigma socio crítico presenta una serie de características y plantea ciertos propósitos a la hora de analizar a la realidad: producir conocimiento e intervenir en las relaciones sociales a través de valores. Propone, además, la emancipación del ser humano, la autoreflexión y el uso de la conciencia, como caminos a la solución de problemáticas. En ese sentido, no solo busca explicar la realidad, sino cambiarla y mejorarla para que sea más justa, equitativa consciente y responsable.

En la actualidad la Teoría crítica, hace referencia a un muy basto y variado campo de conceptos, tesis y teorías; en los que convergen partidarios de enfoques pos realistas y pos positivistas, algunos críticos denuncian la necesidad, los intereses y el desamparo de los grupos marginados y de las sociedades excluidas del discurso dominante. Otros comparten la idea de la exclusión, pero permanecen escépticos ante los objetivos emancipatorios. Dice Frankenberg, en 2011 que; de modo general, el vocablo crítico, ha llegado a significar una postura opuesta a gran parte del discurso positivista.

En suma, podría decirse que el Enfoque o paradigma sociocrítico, es una manera intencional de otorgar poder a la gente para que pueda asumir acciones eficaces hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida. Al final, la nota de novedad y también de mérito que imprime el sociocriticismo, es el hecho de la que la gente no solo se cuestione sobre sus condiciones y busque mejorarlas, sino el hecho de llamar a este proceso, investigación y de conducirlo como una actividad intelectual.

3.2.1 Referentes teóricos de la teoría Sociocrítica

a. Marxismo

El referente central de la teoría Crítica de la escuela de Frankfurt, era Carlos Marx (Laso, 2004). En este hombre, los francofurtenses veían a aquel pensador que había sido capaz de desentrañar las contradicciones vigentes en el seno de la sociedad burguesa y evidenciar la explotación humana de los trabajadores dentro del sistema. La principal crítica a esta corriente, es por la forma en que aborda la realidad, asignando un carácter secundario a las relaciones sociales derivadas de las relaciones de subordinación, y privilegiando en toda su teoría, más bien a las fuerzas productivas (es

decir, la mano de obra). Su finalidad conduce hacia una práctica liberadora: la emancipación.

Es decir, con base en el pensamiento marxista, podríamos atrevernos a inferir que la depresión, por ejemplo, como fenómeno o bien, como forma expresiva del conflicto que en ocasiones cuesta ser un ser social y sobreexplotado, es también producto del capitalismo como corriente de pensamiento imperante, y del Neoliberalismo, como modelo económico hegemónico.

b. Freudismo

Los adeptos de la escuela de Frankfurt, vieron en el psicoanálisis el aporte teórico a través del cual enfatizar, al tiempo que neutralizar, el individualismo de la acción social excesivamente colectiva, propuesta por Marx. Fue Habermas (1982), quien aplicará a un nivel social general (psicoanálisis para todos), la concepción autoreflexiva de este fascinante método, al cual distinguió como “el proceso crítico que permite tomar conciencia de la represión de las instituciones sociales (Estado), y de las colectividades industrializadas avanzadas” (Lasso, 2004, p. 442).

Así; el potencial del psicoanálisis como teoría crítica, reside en el proceso de autorreflexión por éste inducido, para que el paciente se libere así mismo, incluyendo así una teoría y una praxis relacionada. Los miembros de la escuela de Frankfurt, y sobre todo Habermas, trataron de integrar en un solo meta concepto, los aportes de Marx y Freud, para conformar una teoría y una praxis humana de emancipación crítica frente a toda opresión social: la teoría Sociocrítica.

3.2.2 Principales aportes del Sociocriticismo: Metodología, características y elementos más sobresalientes

Metodológicamente; los partidarios de esta doctrina apuntan a un concepto de investigación más bien interdisciplinario, por lo que, hasta 1930, las observaciones empíricas realizadas por los estudiosos críticos fueron hechas con el auxilio de la Filosofía de la historia, la Economía política, y la Teoría de la cultura, teóricamente unidas por el Marxismo, como marco de interpretación (Frankenberg, 2011) y asignando especial énfasis en la psicología freudiana. En Frankenberg (2011); se enlistan algunas de las disciplinas auxiliares de las que se habla, sobre todo por la importancia que

representan en relación con los aportes y el surgimiento de nuevas teorías y enfoques de interpretación, a partir del tratamiento metodológico y multidisciplinar propuesto por el enfoque crítico:

Economía Política. – Fredrich Pollok, un miembro también del Instituto y partidario crítico, realizó un análisis económico del capitalismo posliberal. Sobre la base de sus estudios se elaboró el Capitalismo de Estado.

Desarrollo del individuo. – Dice Frankenberg, que fue el investigador Erich Fromm, quien con sus estudios sobre las causas que motivan la aparente dominación sin oposición de resistencia al sistema de regímenes centralizados por parte de los individuos, allanara el camino para consolidar Teorías como la de la Personalidad Autoritaria, por ejemplo.

Para Roth (2008); los adeptos de la teoría crítica, metodológicamente asumen una postura con base a valores. Pretenden la eliminación de la falsa consciencia producto de la dominación, comprometidos siempre con la transformación social. En particular, se busca legitimar una mayor participación de los ciudadanos para afianzar la democratización de los procesos de políticas públicas.

Las siguientes; son características del pensamiento cultivado en la Escuela de Frankfurt:

- Rechazo al positivismo (se denuncia su hegemonía desmedida, evidenciada en el uso excesivo y exclusivo de la técnica, esto, como producto del desarrollo del capitalismo industrial)
- Conocer y comprender la realidad como praxis
- Unir teoría y práctica, integrando conocimiento, acción y valores
- Propone la integración de todos los participantes
- Concepción de la filosofía como una teoría crítica de la sociedad
- Orienta el conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano

Los elementos estructurales de este enfoque son la Autoreflexión, la Autoconcientización y finalmente, la Emancipación. Los tres, concentran el contenido

sustancial de la teoría sociocrítica. El orden de su aparición, corresponde a la sucesión continua del desarrollo de la tesis, conducente hacia fines teleológicos de emancipación:

- Auto reflexión. – La investigación crítica, recoge como una de sus características fundamentales, que la intervención o estudio se lleve a cabo, a través de procesos de autorreflexión, que generen cambios y transformaciones de los actores protagonistas, a nivel social y educativo.
- Auto concientización. – Para esta corriente, invertir en la formación y capacitación de la población es garantizar la toma de conciencia de los individuos y generar en la gente la posibilidad de decidir qué, cómo y de qué manera transformar su entorno a través de sus propios medios. Es decir; se pretende concientizar a los sujetos sobre la realidad del entorno cotidiano, para luego de ello sensibilizarlos de un modo u otro en pro de una sociedad más equitativa.
- Emancipación. - El paradigma crítico se caracteriza por ser emancipador, ya que invita al sujeto a un proceso de reflexión y análisis sobre la sociedad en la que este se encuentra implicado y a partir de ello, le ofrece la posibilidad de cambios que el mismo es capaz de generar. Según Freire (1989), en cita de Melero (2011), esta ideología emancipadora, “se caracteriza por desarrollar sujetos más que meros objetos, posibilitando que los oprimidos puedan participar en la transformación socio histórica de su sociedad”, a través de una educación liberadora, que permita a las personas constituirse como sujetos activos de sus propios procesos (p. 344).

El término emancipación, significa, en el lenguaje de Habermas (1982), autonomía o capacidad para reflexionar sobre la realidad para responder así a las injusticias y desigualdades de la sociedad (Fernández, 1995).

3.3 El enfoque Sociocrítico en el análisis de políticas públicas en materia de depresión en México

Específicamente en el campo del análisis de políticas, la teoría Crítica, busca mostrar empíricamente las relaciones de poder y las manipulaciones de la vida cotidiana, apunta

a mostrar los límites y la vulnerabilidad de los poderes establecidos, a la vez que devela los mitos normativos y las creencias que se encuentran en su trasfondo (Roth, 2008). De la mano de este particular enfoque, la política se construye a partir del modo en que se conoce y aprehende la realidad, y depende de las ideologías imperantes en una sociedad, es decir, admite la existencia de una realidad producida por las condiciones del contexto, construida de forma lineal, estructurada históricamente y admitida como real e inmutable.

Carr y Kemmis (1988), en Alvarado y García (2008); sostienen que: "...la ciencia social crítica intenta analizar los procesos sociales e históricos que influyen sobre la formación de nuestras ideas sobre el mundo social (por ejemplo, el de los factores económicos o culturales en el modelado de nuestras circunstancias)" (p. 194), por lo que, para estos doctrinarios, los fenómenos deben ser analizados e interpretados dentro de su contexto histórico- social. El enfoque, también sugiere que las políticas, el investigador y el problema a resolver, forman parte de un mismo orden social, por lo que la labor de los analistas críticos debe contribuir entonces a esclarecer, develar y comunicar a los ciudadanos las posibilidades actuales de una vida mejor y de acciones emancipadoras (Roth, 2008).

En la teoría Crítica, la salud mental se estudia en términos apropiados, "desde y para el poder, hacia la marginación social" (Martell, 2016, p. 131). Horkheimer (2007), también en Martell (2016); dice que el discurso de la dominación se vuelve alusivo a una forma única de hacer ciencia (la científica), "es por ello que sus agentes vuelcan sus esfuerzos a la conversión del enfermo o de la sociedad enferma a la sumisión, volver al carril al descarrilado, enmendar a como dé lugar los errores de los individuos, no así los errores del dominador, transcribiendo una serie de terapéuticas autorizadas por el poder" (Martell, 2016, p. 131). En ese sentido, las manifestaciones del malestar mental, como la depresión, son también parte de un marco histórico y cultural propio de una región o de una sociedad ya que se entremezclan con la cultura y las representaciones de un sector o varios sectores de la sociedad a la que pertenece esa enfermedad (Martell, 2016, p.132), es decir, los factores y causas sociales de los trastornos mentales, son históricamente determinados y socialmente construidos.

Esta combinación entre el sentido popular y el pensamiento científico-académico es manifestación de lo que Habermas (1981) llama la colonización de la vida cotidiana, la dominación manifestada en creencias acerca de la salud a partir de parámetros de superioridad racial e histórica. Los preceptos con los que se guían las exposiciones y explicaciones de la ciencia de gran altura son la innovación y producción, es decir, nos desenvolvemos en términos empresariales y eficientistas. Al mismo tiempo, se instaura un quehacer político-científico, en donde las gratificaciones serán otorgadas por el comportamiento que se encuadre dentro de lo políticamente correcto. Las guías medulares de los comportamientos políticamente correctos, son la obediencia y el recato y a partir de estos principios se recrean diferentes políticas sociales y programas, los cuales siempre, deben cumplir con exigencias económicas de ser viables con reducidos presupuestos.

De este modo, la teoría Crítica desarrolla una explicación de las políticas públicas en tres etapas (Rodríguez, 2015):

Primera; considera la construcción histórica de las políticas públicas como una selección condicionada de las demandas.

Segunda; el desarrollo e implementación de las políticas públicas, se puede entender como un proceso que modifica la infraestructura comunicativa de la sociedad.

Tercera; se condicionan los fundamentos normativos y las expectativas de la ciudadanía, lo que permite mantener y reproducir la dominación.

Es la sociedad en la que el momento de aburrimiento y reflexión escasean, ya no se puede seguir pensando esas formas de estar en el mundo, con límites impuestos por el exterior, porque han desaparecido, ahora vivimos condenados a una larga carrera de obstáculos personales y sentimientos de inferioridad e insuficiencia, en donde el premio mayor se traduce en infartos en el alma y en la proliferación de enfermedades neuronales. Ante este panorama, el paradigma Sociocrítico, resulta una forma de análisis alternativo de la sociedad actual más que pertinente, toda vez que proporciona la posibilidad de comprender, mediante diferentes teorías, no solo la realidad, sino también, el objeto que está próximo a abordar, y al sujeto como un ser transformador de esa

realidad, y porque le permite tener los fundamentos necesarios para polemizar, por medio de la intervención y la participación activa de los sujetos, las transformaciones necesarias que seguramente generaran un bienestar colectivo en este rubro.

4. Marco Conceptual: Política pública y Depresión

4.1 Política pública: aproximaciones históricas.

La política pública, como campo de investigación y análisis académico, se desarrolló inicialmente en el contexto norteamericano a mitad del siglo XX. Su estudio surge con la publicación de la obra: *The Policy Sciences* (1951), de Harold Laswell. El doctrinario, en compañía de Daniel Lerner, distinguió entre el llamado “proceso de la política” y por otro, entre “las necesidades de inteligencia del proceso” (Rodríguez, 2015, p.10). La primera tarea, busca desarrollar la ciencia de la formación y ejecución de las políticas, utilizando los métodos de investigación de las ciencias sociales. La segunda; mejorar el contenido concreto de la información e interpretación disponible a los hacedores de las políticas.

El término es bastante reciente, se introdujo en el lenguaje de las ciencias políticas y administrativas en Europa, en la década de 1970 como traducción literal del término: *public policy*. En el idioma inglés, el concepto de Política se haya separado en tres términos diferenciados:

- *Polity*; se refiere a la esfera política en general, al ámbito de gobierno y también, a la esfera social.
- *Politics*; corresponde a las actividades políticas realizadas para lograr el control del poder político.
- *Policy*; designa a las actividades resultantes de las Políticas (sus consecuencias, resultados o respuestas), traducidas propiamente en Políticas y programas (Rodríguez, 2015).

Ergo, la *policy*, término que tiene en inglés el significado de curso de acción, de programa de acciones adoptadas por una persona, combinado con el concepto de *public*, corresponde más bien a los procesos de elaboración y de puesta en marcha por

autoridades públicas o gubernamentales, de acciones públicas, es decir *públic policy* o, política pública. De modo que, mientras la política es un término amplio, relativo más bien al poder en general, las Políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas.

Con lo anterior, se logró conocer mejor el proceso de la política, y aumentar la racionalidad de las decisiones. Nacen así, las llamadas Ciencias de políticas, cuyo objetivo principal radica en el estudio de los problemas fundamentales del ser humano en sociedad. Laswell, en Aguilar (1992a), señala: “Podemos considerar a las ciencias de políticas como el conjunto de disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, de la recopilación de datos y de la producción de interpretaciones relevantes para los problemas de políticas en un período determinado” (p. 47).

4.2 Concepto de política pública

Las políticas públicas son acciones que el Estado; considerado la autoridad legítima del sistema social, impone al colectivo como “manera de proceder frente a un asunto específico que ha sido reconocido como de interés público” (Gómez, 2012), en (Rodríguez, 2015, p. 56). Aguilar (1992a), señala que el ámbito de lo público concierne a lo que es accesible y disponible sin excepción para todos los individuos, y lo que puede ser argumentado como algo que es de interés y utilidad para todos.

Continuando con Aguilar (1992a); este entiende por política pública una decisión de una autoridad legítima, adoptada en su área de competencia, conforme a los procedimientos establecidos, vinculante para los ciudadanos y que se expresa en forma de leyes, decretos, actos administrativos y otros similares.

Otra definición mucho más elaborada, pero que es importante enunciar por hallarse esta dentro del llamado enfoque de Análisis de Políticas (una de las bases teóricas del presente trabajo) es la de Roth (2006) citado por Fuenmayor (2014):

La política pública; representa un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios, que se llevan a efecto por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización

gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o bien, de la sociedad en conjunto, para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática.

Canto (1996), en Rodríguez (2015), aporta una de las definiciones más completas de Política pública:

Se trata de cursos de acción tendientes a la solución de problemas públicos acotados, definidos a partir de la interacción de diversos sujetos sociales, en medio de una situación de complejidad social y de relaciones de poder que pretenden utilizar de manera más eficiente los recursos públicos y tomar decisiones a partir de mecanismos democráticos, con la participación de la sociedad. (p.38)

Fuenmayor y Ochoa (2014); aportan un concepto más bien bipartito, porque derivado de este, surgen dos sub- conceptos más, estrechamente vinculados por virtud de su naturaleza política, pero diferenciados desde el plano práctico de la misma materia; política pública y, gestión pública:

El término política pública se refiere a las orientaciones que define el Estado y que son obligantes para éste y la sociedad. La gestión pública se interpreta para dar cuenta de los procesos de formulación e implementación de esas políticas públicas, es decir, de las políticas del Estado (p. 84).

De tal suerte, las políticas públicas constituyen respuestas diseñadas y aplicadas, a través de procesos políticos y técnicos, para resolver problemas que, por su relevancia para importantes sectores de la sociedad, no son factibles de enfrentarse eficazmente desde el ámbito privado (Cardozo, 2013).

Los elementos centrales que definen a la política pública (Olavarría, 2007) son:

- el actor principal en ellas es el Estado
- que involucran una decisión fundamental sobre hacer o no hacer algo
- que tienen una finalidad pública

- los destinatarios son los ciudadanos
- se activan a través de decisiones de autoridades investidas con poder público
- involucran un conjunto de decisiones interrelacionadas
- afectan positiva o negativamente intereses
- requieren instrumentos, instituciones, organizaciones y recursos para ser implementadas

En general; se considera a las políticas públicas, como un elemento explicativo, de los problemas de la vida social, política y económica de un país en un momento determinado (Fontaine, 2015). Finalmente; Cuervo (2007), citado por (Fuenmayor y Ochoa, 2014), considera que las definiciones de política pública en los textos especializados en el campo de la ciencia política, son tan vagas e imprecisas que no dicen nada de lo que realmente es una política pública. Sobre todo, no permiten diferenciar a las políticas públicas, de otras acciones de gobierno que propiamente no constituyen una de este tipo.

4.3 El Análisis de la Política pública

Según William Ascher (1994), en Olavarría (2007); el surgimiento del Análisis de Política pública se ubica en las décadas de 1920 y 1930 en Estados Unidos, en el contexto de un creciente desencanto a los estudios sociales de la época. En ese sentido, no es una nueva teoría sobre el Estado, la sociedad o la política, sino que se trata de un desplazamiento del ángulo de análisis, acerca de los asuntos de esta entidad (Rodríguez, 2017). Este método se originó más bien, como una crítica hacia los estudios que servían de base a las intervenciones estatales, en la que se exponía el carácter formal y legalista de su actuación. Fue un economista, Charles Lindblom, quién en 1958, introduce la categoría Análisis de Política (*policy analysis*), proponiendo un Método Incremental para analizar a las políticas del gobierno, ya que los enfoques, modelos y teorías que dominaron el conocimiento en política pública en aquella época, en el marco del neoliberalismo, tuvieron una gran influencia de los postulados de la Escuela Neoclásica y de la Teoría de la Elección Racional (Fuenmayor, 2014). Siguiendo con la obra de la Doctora Jennifer Fuenmayor (2014), la doctrinaria dice que el Análisis de las políticas públicas, “consiste en examinar una serie de objetivos, de medios y de acciones definidos

por el Estado, para transformar parcial o totalmente a la sociedad, así como sus resultados y efectos” (p. 41).

Jenkins- Smith, citado por Parsons (2009), en (Rodríguez, 2015), define el Análisis de las políticas públicas como una serie de técnicas, con las cuales se pueden evaluar las opciones de políticas y elegir entre una de ellas, ya que se ocupa de mejorar los métodos de identificación y definición de los problemas, especificación de metas, evaluación de alternativas, selección de opciones y medición del desempeño (Rodríguez, 2015).

Para Tamayo (1997), en cita de (Fuenmayor y Ochoa, 2014), el Análisis de Políticas es “un conjunto de técnicas, políticas, conceptos y estrategias que provienen de distintas disciplinas: la Ciencia política, la Sociología, la Psicología y la Antropología, entre otras”, y que, en conjunto, actúan para resolver problemas colectivos, esto, constituye el objeto esencial de este instrumento (Fuenmayor y Ochoa, 2014, p. 85).

Casi de modo idéntico, Dunn (2004) en (Olavarría, 2007), define al Análisis de política pública como:

Una disciplina profesional, orientada a la solución de problemas que se nutre de teorías, métodos, del avance del conocimiento producido tanto por las llamadas disciplinas científicas, como por las comúnmente denominadas ciencias sociales, del desarrollo de las diversas profesiones y de los aportes de la filosofía política y social. (p. 24)

De esta manera, tras el recuento de los enunciados anteriores, que definen al Análisis de Políticas públicas, es posible identificar al menos dos características que resultan constantes: la primera característica, hace referencia a que es un trabajo profesional orientado a la solución de problemas y la segunda; apunta a la multidisciplinariedad del análisis de política, dado que los problemas públicos que la sociedad identifica son a su vez, multidimensionales.

Existen; además, tres razones que normalmente se expresan para justificar la ejecución de un Análisis de Política pública (Olavarría, 2007):

- a. Para comprender y caracterizar una situación que ha sido identificada como un problema público; aquí el Análisis de política pública, permite identificar las condiciones sociales, económicas y políticas, o bien, de la naturaleza que se relacionan con aquellos problemas que están siendo abordados por políticas públicas específicas, y definir y establecer cómo esas condiciones provocan, determinan o influyen en el problema analizado.
- b. Para otorgar asesoría profesional a las autoridades u otros actores que participan en el proceso de la política pública; la comprensión del problema y la identificación de alternativas de solución permitiría sugerir cómo podría abordarse un cierto problema y qué tipo de intervención de política pública podría lograr los resultados e impactos deseados o acercarse a ellos.
- c. Para apoyar y promover la participación de los ciudadanos en las diversas etapas del proceso de la política pública. En la medida que más información esté disponible sobre los problemas que surgen en las comunidades, mayores posibilidades tendrán los ciudadanos de participar en el proceso, tanto para expresar como el problema los afecta, como para aportar sus puntos de vistas sobre las alternativas de solución.

En el Análisis de Política, concurren tres tipos de aprendizajes (Olavarría, 2014): Primero; el análisis provee, una descripción de la situación que está siendo abordada a través de una política pública (qué problema ha sido reconocido por el gobierno, cuál es la importancia y prioridad que se le asigna, con qué tipo de política pública se enfrenta el problema, cuáles son los marcos conceptuales, enfoques o contenidos con que se aborda, población objetivo a la que va dirigida, resultados esperados y recursos involucrados. Segundo; el Análisis de Política pública, también establece si hay correspondencia entre el problema y la política y, tercero; adicionalmente, el análisis informa acerca de las consecuencias generadas por la política pública.

Por último, en cuanto a los aportes del análisis de políticas, este instrumento contribuye a:

- 1) establecer la diferencia entre la política formal y la real
- 2) descomponer la política pública por etapas con fines académicos

3) hacer aportes en el estudio sectorial de las políticas públicas.

Asimismo, se citan limitaciones, tales como:

- 1) imprecisión en las definiciones de política pública
- 2) el mercado como principal referencial de las políticas públicas
- 3) la política pública vista como un proceso continuo y por etapas alejada de la realidad
- 4) proceso de toma de decisiones como un acto racional
- 5) estudio de la agenda política sin incluir a los ciudadanos
- 6) privilegia valores a favor del mercado
- 7) producción de enfoques y modelos bajo el dominio de la racionalidad instrumental
- 8) enfoque centrado en lo económico que excluye criterios sociales
- 9) poco aporte para explicar los conflictos (Fuenmayor y Ochoa 2013a) en (Fuenmayor, 2014).

4.3.1 Los Enfoques en el análisis de políticas públicas

El análisis de la Política pública, como instrumento o estrategia de gobierno para paliar un problema, ha estado sometido a múltiples intentos teóricos para su abordaje. En la actualidad, podemos considerar que existen dos tendencias principales en este ejercicio (Molina y Cabrera, 2008):

1. El Enfoque de Análisis de Políticas Positivista. – que asume que el análisis de políticas debe estar basado en los conceptos y en la metodología derivados de la economía, haciendo hincapié en la concepción científica del problema y en la racionalidad instrumental. Centrado en análisis empíricos y basado en metodologías estadístico – cuantitativas, estableciendo como criterio de decisión de las políticas públicas, la maximización del beneficio neto (Olavarría, 2007).

Dice Cardozo (2013) que; los enfoques positivistas se caracterizan por poner distancia respecto del objeto analizado, preocuparse de la objetividad, la validez interna y externa de su diseño metodológico, su confiabilidad y su poder de generalización.

Ahora bien, en el ámbito de Análisis de las políticas públicas, estas perspectivas se denominan Incrementalistas y Utilitaristas (Rodríguez, 2015). Las primeras centran su análisis en la formulación e implementación. Por lo que toca al Análisis Utilitarista, este se expresa ampliamente mediante el uso de la Teoría de la Elección Racional, como modelo de comportamiento de los individuos, y también, del Análisis de Costo- Beneficio, como método de valoración de las opciones políticas. Otras expresiones, incluidas también dentro de esta aproximación son: la Teoría de la Elección Pública (*“Public Choice”*), en la cual las políticas públicas son vistas como decisiones colectivas de individuos egoístas, y la Teoría de Juegos, donde las políticas se entienden como una decisión racional en situaciones competitivas (Olavarría, 2007).

Al respecto dice Cardozo (2013); entre las técnicas específicas de políticas públicas dentro del paradigma positivista tenemos: el Análisis Costo-Eficacia, el Análisis Costo-Beneficio, los Análisis Multi-criterios y la Técnica de Análisis de Factibilidad.

2. Enfoque de Análisis de Políticas Pos positivistas. - debido a la complejidad de los escenarios en que se desarrollan los factores que envuelven no solo a la investigación en materia de análisis de políticas, sino a lo complicado y oscuro de las mismas políticas, y desde luego, a los elementos complejos del entorno, es que se tendió una corriente más cercana a la perspectiva epistemológica constructivista a la que se nombró Pos positivista. Bajo el amparo de este nuevo marco interpretativo, es que surgieron enfoques como el Socio- histórico, el paradigma Crítico y el Constructivista. Estos enfoques consideran que existen múltiples realidades en correspondencia con la experiencia de cada uno de los individuos que las viven (en lugar de visiones objetivas). También, recuperan los efectos del contexto de las políticas, la pluridimensionalidad de los problemas y enfatizan la investigación cualitativa, a veces apoyada en la estadística (Cardozo, 2013).

En el enfoque Socio- histórico, las políticas públicas se analizan de acuerdo al contexto social e histórico en el que fueron formuladas y a los juicios de valor asociados,

para entender cómo y por qué ciertos asuntos públicos se incluyen en la agenda de gobierno, y otros se excluyen. El Enfoque Crítico sugiere que tanto las políticas públicas, como el investigador y el problema que la política pretende resolver forman parte del mismo orden social. En consecuencia, para entender a la política pública desde este enfoque, es necesario comprender el marco contextual de vida que la enmarca (Salas, *et al.*, 2012).

Del enfoque Crítico y del sociocriticismo como tal, se hizo mención en el apartado teórico correspondiente.

Por último, la perspectiva o paradigma Constructivista, que considera que es imposible elaborar teorías o modelos de explicación, y aún menos modelos predictivos o normativos de la realidad política, económica o social, pues esta es inasequible a la objetividad y su interpretación.

En resumen, el análisis de las políticas públicas consiste en examinar una serie de objetivos, de medidas y acciones que son diseñados o bien definidos por el Estado, para transformar parcial o totalmente a la sociedad.

4.3.2 El análisis de la política pública desde los modos tradicionales: el ciclo o proceso secuencial de las políticas públicas

Sugerido inicialmente por Lasswell en 1956 (Roth, 2007b) en (Fuenmayor y Ochoa, 2014) y posteriormente desarrollado por Charles O. Jones, este es más bien un marco de análisis que divide a la política pública en diferentes etapas o fases, mismas que a su vez, siguen un orden secuencial, un proceso por el que se supone, debería transitar este instrumento durante su “vida política” (Fuenmayor y Ochoa, 2014).

Dice Rodríguez (2015); que el proceso de elaboración de la política pública completo, es aquel que cubre desde la aparición del problema público a resolver, pasando por la realización del diagnóstico inicial, la programación y formulación, la decisión de la opción más viable y satisfactoria, la implementación, hasta la sistematización de experiencias y evaluación final de resultados (Rodríguez, 2015).

Mejía (2012); señala que cada política pública se debe enmarcar en un ciclo de construcción que la coordine, esto es, la formulación, la implementación y la evaluación.

Fuenmayor (2014); dice que el ciclo de políticas, “se trata de seguir una secuencia, vista como el proceso de formación de la política pública: Optimización-Implementación-Evaluación, de forma secuencial y mecánica” (p. 41). Esta forma de concebir secuencialmente al proceso de formación de la política pública, logra que este se visualice como un todo integrado, es decir, se logra ver a la acción política en su conjunto.

Para autores como Parsons, en (Rodríguez, 2015); el proceso de las políticas, de modo tradicional tiene tres grandes etapas: formulación, implementación y evaluación. En realidad, el número de conceptos varía en función de cada autor, pero actualmente, al menos existe bastante consenso en concluir tres momentos en común, a la hora de diseñar esta clase de acciones:

- a) Formulación. - Esta etapa corresponde a la elaboración de las políticas para la sociedad. Aquí los servidores públicos o consultores independientes, analizan con detalle el problema público que les ha sido planteado y buscan soluciones creativas y viables para resolverlo; su tarea más importante es brindar una recomendación de política pública inteligente, presupuestal y económicamente viable, legalmente permisible y administrativa y políticamente posible, a uno o varios decisores que ostentan el poder público para que ésta se pueda llevar a cabo.

La formulación, es en realidad un análisis *ex-ante*, que se basa en un diagnóstico y definición del problema para generar y analizar alternativas de solución. De esta suerte, la tarea principal de la formulación es la construcción de opciones, consistente en enlistar todos los escenarios plausibles para resolver el problema, y luego, hacer un estudio de conjunto de las mismos mediante criterios técnicos (eficiencia/ eficacia) y políticos (legitimidad, equidad, justicia, control gubernamental) para tratar de elegir la acción más adecuada. Rodríguez (2015); cita a Caldera y al respecto señalan:

La formulación de la política involucra el debate de las opciones posibles, los compromisos, negociaciones y ajustes, la reducción de incertidumbre de las

opciones, la integración de los elementos ideológicos y no racionales en la decisión, la decisión entre las opciones y la asignación de la responsabilidad ejecutiva. (p.54)

Es pues; un paso vital donde reconociendo ya un problema social se procede a construir la política (Mejía, 2012).

b) Implementación. - El concepto de implementación deriva del término anglosajón *implementation*, que en español se traduce como ejecutar, llevar a cabo, a efecto, o bien realizar. Significa, aplicar un programa de acción a un determinado problema, situación o comportamiento, es decir, implica modificaciones y perturbaciones en relación con el estado natural de la gente y de las cosas, consistiendo más bien, en una adaptación del programa de la política a las situaciones concretas a las que deberá enfrentarse.

En la fase de implementación; un especialista de política pública debe responder al menos las siguientes preguntas: ¿Cuál es la mejor forma de ejecutar una política pública?, ¿Cómo planear y administrar los recursos para ejecutarla?, ¿Cómo comunicar a la población la nueva política?, entre otras. De esta suerte, “la implementación es un proceso de interacción entre el establecimiento de metas y acciones emprendidas para alcanzarlas” (Rodríguez, 2017, p. 56).

c) Evaluación. - la evaluación, desde una perspectiva integral, es tanto el estudio del proceso de política pública (investigación de causas, naturaleza, desempeño de programas y políticas), como el análisis de la política misma para mejorar su desempeño.

Al respecto de este momento en el ciclo de la política pública, Cardozo (2013), señala: “es (estudio *ex-post*), que permite medir los resultados e impactos alcanzados, describir el proceso desarrollado, explicar sus determinantes y condicionantes, y calificar su grado de efectividad” (p. 41).

La evaluación se presenta a través de tres modalidades o clases: 1. La evaluación de la eficiencia, 2. Evaluación del impacto y 3. Evaluación de la satisfacción. La evaluación de la eficiencia; permite conocer cuál fue el costo de obtener determinados resultados.

Es decir, se contrastan los objetivos de la política con las acciones emprendidas que fueron necesarias para llevar a cabo tales objetivos. La evaluación del impacto; que no es sino la evaluación más integral para llevar a cabo una política pública. Finalmente, la evaluación de satisfacción; que ayuda a observar en qué medida los que recibieron los efectos de una determinada política consideran que sus problemas se resolvieron, sus demandas fueron satisfechas o sus necesidades fueron atendidas.

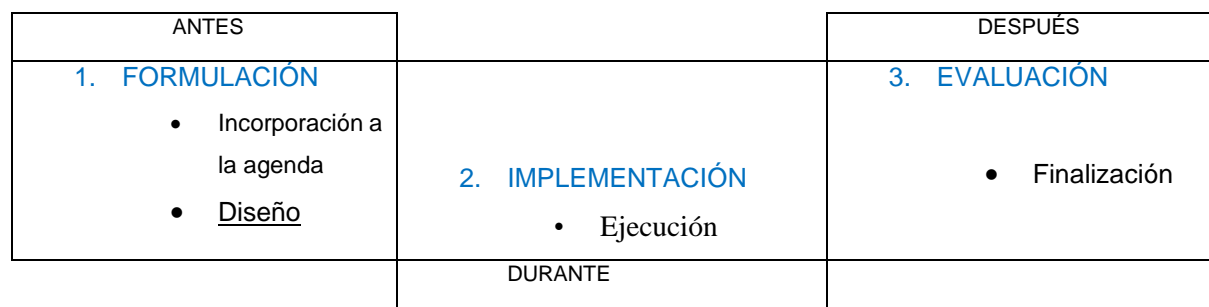


Figura 1. Proceso de la política pública.

Creación propia con información de Rodríguez (2015).

No obstante, este proceso secuencial no debe emplearse de forma mecánica, sino como un flujo continuo de decisiones y procedimientos y debe ser visto más bien como un conjunto de secuencias paralelas, más que secuencias sucesivas. Así también lo señala Cardozo (2013): “El proceso de las políticas públicas puede desagregarse en fases o etapas que no deben entenderse como una secuencia temporal estricta, sino como una aproximación meramente analítica” (p. 41).

La mayor debilidad que presenta este instrumento, es que se tiende a perder de vista el proceso en su conjunto, debido a que el marco no se centra en una perspectiva teórica particular, sino que da pie, a una gran flexibilidad de uso, de este modo, para el análisis de cada fase, se puede utilizar cualquier teoría (Roth, 2008). Sin embargo; la mayoría de los referentes teóricos, no están elaborados con una perspectiva crítica, sino que se encuentran atrapados aún, dentro de parámetros y modelos que poco explican la realidad del continente (Fuenmayor, 2014). Es en este espacio, en donde encuentran cabida enfoques como el que propone la Teoría sociocrítica (Vera y Jara, 2018), donde

la política pública se concibe más bien como una herramienta de análisis y diagnóstico de la realidad social, que incorpora una perspectiva social y participativa para una comprensión innovadora de la sociedad. De modo que, la existencia de enfoques como el Sociocrítico, resultan por demás oportunas ante la ausencia de perspectivas cualitativas que permitan la expansión de estos horizontes teórico- metodológicos. En el fondo, se trata de abrir la “caja negra” de la acción gubernativa, entendiendo que las decisiones adoptadas en el transcurso de los ciclos de las políticas resultan de la estructura y de la organización momentánea de grupos de interés (Correia, 2019, p. 1).

4.4 Depresión: aproximaciones históricas

Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales se han encontrado constantemente entre los límites de las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad. Mucho antes de que la salud mental fuera abordada desde la esfera gubernamental, su estudio estuvo a cargo de un sin número de pensadores y estudiosos cuyas investigaciones, tuvieron de uno u otro modo, injerencia en la vida pública de la sociedad.

Como muchas otras ciencias, disciplinas y campos de estudio; las primeras investigaciones en torno a la salud mental se remontan a Grecia, hacia el siglo V a.C., donde la depresión encuentra su símil más remoto en la palabra melancolía, extendida con Hipócrates (460 a 377 AC) en la interpretación naturalista o “Teoría humoral”, de la enfermedad de los problemas o manifestaciones mentales (Salaverry, 2012, p. 144). Bajo el enfoque hipocrático, a partir de un fuerte desequilibrio en alguno de los humores del temperamento humano: sanguíneo (sangre), colérico (bilis), melancólico (atrabilis), y flemático (flema), se desencadenaba la aparición de distintas enfermedades. “La alteración cuantitativa y cualitativa (discrasia) de la bilis negra (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo” (Aguirre, 2008, p. 573).

En el siglo II d.C., las corrientes inspiradas en uno de los máximos exponentes de la medicina griega: Galeno, clasificaban a las enfermedades mentales en dos tipos: la manía y la melancolía. La primera, se produciría por un exceso de la bilis amarilla y se

manifestaría de forma general con alucinaciones, mientras que la melancolía se originaba en un exceso de la bilis negra y su principal manifestación sería la depresión (Salaverry, 2012). Posteriormente, durante la Edad Media, se progresa muy poco en el conocimiento de la enfermedad mental y la idea que prevalece es que este tipo de trastornos son una manifestación del pecado, un castigo divino, el signo externo más visible de estar poseído por el demonio y esta interpretación se torna la principal explicación en relación a la sintomatología de algún trastorno de índole mental y donde los síntomas característicos son las convulsiones súbitas. Consecuentemente, los tratamientos empleados eran los exorcismos, la penitencia y los castigos físicos. Santo Tomás de Aquino (1225- 1274) por ejemplo, sostenía que la melancolía era provocada por demonios astrales e incluso, por el demonio de la pereza (*acedia* o *taedium cordis*). La depresión ha tenido pues, a lo largo del tiempo, tres principales nombres: melancolía, *acedia* y depresión (Aguirre, 2008).

La desaparición de la lepra en Europa en 1659, provoca que los inmuebles destinados al albergue y contención de los enfermos (leprosarios), dejen de tener tal función. En adelante, serán reabiertos como centros de reclusión para todos aquellos sujetos que no puedan justificar un modo digno de ganarse de la vida, pues se asume que los sujetos normales solo son aquellos que trabajan (Foucault y Utrilla, 1967). De este modo, da comienzo la llamada Reforma psiquiátrica; donde el internamiento de miles de personas, sirve más bien para esconder el desempleo permanente de la sociedad. Es aquí donde se identifican las primeras intervenciones por parte del Estado, hacia el tratamiento de las enfermedades mentales.

En el siglo XIX aparecen las primeras reacciones contra esta clase de medidas; se trató de una tendencia mayormente humanista en el tratamiento que se da a las personas que se encuentran en los hospitales psiquiátricos.

4.5 Concepto

La palabra depresión, deriva del latín *de* y *premere* (apretar/ oprimir): *depremere* (empujar hacia abajo). El origen del término, como se ha revisado, surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más

sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional (Botto *et al.*, 2014, p. 1298).

En realidad, es un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profundos. Dicen Arrarás y Manrique (2019) que; dentro del campo de la Salud Mental, la depresión se puede entender como un síntoma, mucho más en relación con el significado en general de ánimo bajo, como respuesta emocional, ante un problema (p. 5), pero Cantero y Ramírez (2009), señalan que dichos síntomas, no son los mismos en todos los individuos y no siempre responden a una causa real explicable. La mayoría de los sujetos deja de tener interés por las actividades cotidianas, siente “fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo” (p.629).

Más específicamente, la depresión clínica se considera una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Cambia la manera en que una persona se siente, piensa y actúa. “Cosas que antes eran fáciles, ahora toman más esfuerzo y a veces, son casi imposibles de realizar” (Zarragoitía, 2010, p. 6). Es pues, una entidad compleja que debe ser comprendida dimensionalmente en el contexto del espectro de los trastornos afectivos (Botto *et al.*; 2014, p. 1298).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Organización Panamericana de Salud OPS, (2017); este es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. En la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM IV-TR), se consideran un problema importante: la depresión mayor episodio único (DMEU); la depresión mayor recurrente (DMR), y la distimia, en la que los síntomas tienen una duración mayor, son crónicos y pueden presentarse de forma continua por un periodo mínimo de dos años; sin embargo, la severidad e intensidad de los síntomas es menor (Hernández, García, Leal, Peralta, y Durán, 2014, p. 572).

A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido; la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique. Zarragoitía, (2010) señala: “Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas, llevan a un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos” (p. 1).

Desde la antropología; se considera a la depresión como un “hundimiento vital”. “En la depresión se sufre en todo el cuerpo, se sufre por vivir, es pues, la vivencia existencial de la muerte” (Aguirre, 2008, p. 565).

Una de las definiciones más a doc con la temática que plantea la presente tesis, es la que proporcionan Botto y colaboradores:

(...) que la depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, al cual se puede llegar a través de diversas vías, cuyas manifestaciones psicopatológicas se relacionan con la personalidad y que depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales a lo largo del desarrollo” (p. 1301).

Así también, la definición que arroja Cobo, en cita de Cantero y Ramírez (2009), es la siguiente:

...se puede hablar de depresión según tres enfoques diferentes: como un trastorno, es decir, cuando se presentan ciertos síntomas característicos y detectables; como un síntoma, aislado o en compañía de otros sin relación directa; o como un síndrome, basado en la tristeza y cuyos síntomas están relacionados (p. 628).

4.6 Tipología de la depresión

Las diversas clasificaciones de la depresión, obedecen a perspectivas muy diferentes; de hecho, están elaboradas a partir de una realidad cultural hegemónica a través de la cual, se articula un lenguaje diferencial de síntomas mediante los cuales se expresa la enfermedad (Aguirre, 2008). Es decir; que dicho trastorno puede abordarse tanto desde la perspectiva de los síntomas, como de los síndromes. Así mismo, desde “la clasificación nosológica como trastorno mental”, expresada a través de ciertos síntomas

característicos que definen la existencia particular del trastorno (Caballo, 2006), en cita de (Londoño y González, 2016, p. 316).

Por ejemplo, desde las sociedades occidentales, donde la influencia del Modelo neoliberal revela los rasgos economistas y eficientistas del sistema, la salud de forma análoga, se percibe bajo el llamado Modelo Biomédico, donde se concibe a la depresión desvinculada del medio físico, y más bien atribuida a deficiencias hormonales en el sistema nervioso central. Los códigos para tipificar a la depresión, articulados bajo dichos escenarios, hoy por hoy, se encuentran plasmados en documentos de la misma índole científicista: en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), de la American Psychological Association, (APA), (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, 2017) y, en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012). Ambos documentos, basados en la clasificación de síntomas que buscan un consenso en la práctica y un lenguaje común, que permita el trabajo científico entre investigadores y clínicos.

En el manual DSM-V, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Hernández, y colaboradores; lo corroboran al revisar la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta edición, Texto Revisado (DSM IV-TR), donde se considera un problema importante: “la depresión mayor episodio único (DMEU); la depresión mayor recurrente (DMR), y la distimia, en la que los síntomas tienen una duración mayor, son crónicos y pueden presentarse de forma continua por un periodo mínimo de dos años; sin embargo, la severidad e intensidad de los síntomas es menor” (p. 572).

En la CIE-10, la depresión se incluye entre los trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (sin especificación o atípicos), mismos que suelen venir aparejados de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, la mayoría de las veces secundarios (Pérez *et al.*, 2017).

El primero de estos documentos, es decir, el DSM – IV, nace de un acuerdo de clasificación de las patologías mentales, es decir se realiza el diagnóstico a base de

detectar, en el caso de la depresión, un tanto por ciento de los síntomas de un listado previo, realizado por el acuerdo de un comité de expertos. En general, el trastorno puede presentarse de varias formas clínicas, que van desde el episodio depresivo mayor y la depresión bipolar, hasta la distimia, con distintos componentes somáticos. Medina y colaboradores, comentan al respecto de otros trabajos, que todo ser humano puede presentar episodios breves (horas o días) de depresión y/o tristeza, frecuentemente asociados con otros síntomas, relacionados con cuadros de ansiedad. En ocasiones, algunos de estos cuadros pueden desencadenar en un trastorno depresivo mayor TDM (Medina, *et al.*, 2015).

Una última clasificación, para efecto de enriquecer este apartado, es la que considera a la depresión, desde el constructo de la connotación, a través de dos modelos comprensivos: el unitario y el binario (Botto, *et al.*, 2014). En el modelo unitario, la depresión es el resultado de una vía final común psicobiológica, independientemente de sus causas o desencadenantes. Bajo este patrón, la depresión es única y varía sólo en función de su gravedad. Por el contrario, en el modelo binario, se plantean dos subtipos de depresiones “(cada una con mecanismos etiopatogénicos diferentes): las endógenas o psicóticas y las neuróticas o reactivas” (Botto; *et al.*, 2014, p. 1298).

A continuación, se presenta una clasificación del cuadro depresivo, cuyas características la colocan dentro de la categorización que esboza el CIE- 10:

Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales:

1. Trastorno o episodio depresivo mayor; que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, hay también disminución de la energía. Hoy en día prevalecen dos tipos de trastornos depresivos: el denominado recurrente y el afectivo bipolar.
 - Trastorno depresivo recurrente; es caracterizado por episodios repetitivos de depresión, en donde el estado de ánimo es el estar, justamente; deprimido, con pérdida del interés y de la posibilidad o capacidad de disfrutar. Se reduce en general, la energía. Las personas en esta condición pueden padecer, también, de ansiedad, alteración en el sueño, en el apetito, así como sentirse

culpables y con una autoestima baja, se les dificulta el poder concentrarse y pueden llegar a presentar otros síntomas que muchas veces no tienen una explicación médica.

- Trastorno afectivo bipolar; es caracterizado por dos tipos de episodios, el maniaco y el depresivo, los cuales tienen, como intermedio, un estado de ánimo normal. Los estados de ánimo variados, pueden causar alta irritabilidad, hiperactividad y falta de sueño entre otros.

Según Aguirre (2008); puede afirmarse que “el 90% de los depresivos son unipolares”. (p. 587)

2. Distimia; una forma persistente o crónica de depresión leve. Los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos.

Dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o grave. La severidad se considera en función del grado de deterioro laboral y social. Dicen Pérez y colaboradores, en 2017; que no debe estar relacionada con el abuso de sustancias psicoactivas o un trastorno mental orgánico.

Ahora bien, tratándose de la atención de la depresión y su evaluación, así como de otros muchos trastornos de la salud mental dentro del sistema sanitario en México, este se guía por protocolos y prácticas desarrollados por parte de Organismos internacionales con el propósito de animar a los países a revisar sus políticas públicas y establecer mecanismos que proporcionen datos confiables sobre dichos fenómenos. En ese sentido; entre 2009 y 2010, fue implementado en México un instrumento para evaluar al sistema de salud mental, con el objetivo de tener un conocimiento más acabado de la estructura y la distribución de los recursos de atención en este rubro. Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, el IEMS- OMS fue confeccionado a partir de las 10 recomendaciones del Informe mundial de la Salud de 2001 (Berenzon, *et al.*, 2013); además, recopila información clave para evaluar y fortalecer los servicios de salud mental en todo el mundo.

El IESM-OMS está compuesto por seis secciones: 1. Política y marco legislativo; que contiene indicadores de los componentes incluidos en los planes, políticas y leyes relacionados con la salud mental, 2. Servicios de salud mental; aquí se abordan las características específicas del servicio de salud, por ejemplo, las que refieren a establecimientos ambulatorios, unidades de hospitalización dentro de hospitales generales, hospitales psiquiátricos, unidades forenses, entre otros (Berenzon *et al.*, 2013), 3. Salud mental en la atención primaria; que busca conocer cuál es la formación que tienen los médicos de la atención primaria en temas relacionados con la salud mental, 4. Recursos humanos; aquí se incluyen una serie de indicadores sobre el personal que trabaja en servicios de salud mental, 5. Educación sanitaria y vínculos con otros sectores; en donde se examina la existencia de campañas de educación y concientización a la población en temas de salud mental, y finalmente 6. Monitoreo y evaluación; mediante este criterio se busca conocer las características, informes rutinarios y demás datos claves en establecimientos de salud mental y desde la investigación en este campo.

En la actualidad, los sistemas clasificatorios se han mostrado insuficientes para dar cuenta del fenómeno clínico de la depresión (Botto, *et al.*, 2014). “El Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) pasó de incluir 26 diagnósticos a poco más de 300 en cuarenta años”. La realidad es que, las categorías diagnósticas representan acuerdos al interior de una comunidad, donde el papel e influencia por parte de las compañías farmacéuticas es fundamental. (Miranda, 2011, p. 263). Stucchi (2017) advierte que en este terreno; “muchas condiciones otrora juzgadas como normales, ahora cumplen criterios para un diagnóstico psiquiátrico”. Es decir que, el concepto mismo de depresión, ha ido englobando estados reactivos de tristeza que fueron considerados normales por mucho tiempo, volviéndose más inclusivo (p. 262). Esto también puede deberse a fenómenos relacionados con el dolor físico, que han motivado a los profesionales a tratar de solucionar los problemas de salud a través de una forma exclusiva: la reactiva y representada por la farmacopea (Martell, 2016).

También es cierto que la amplia difusión mediática que tiene en la actualidad la salud mental, estaría llevando a muchos médicos a diagnosticar depresión con mayor facilidad,

incluso, presionados por los mismos pacientes, “que encuentran en tales diagnósticos una explicación cada vez más aceptable para sus padecimientos, y en los antidepresivos y ansiolíticos la esperanza de un alivio rápido” (Stucchi, 2017, p. 263). Siguiendo al mismo autor; todo lo anterior va de la mano con una mayor expectativa de bienestar emocional y una menor tolerancia al sufrimiento y al fracaso.

5. Marco Contextual: La depresión como problema de salud pública en México

5.1 La depresión pública en México: un problema de salud complejo

La depresión es un importante problema de salud pública. A nivel mundial 350 millones de personas padecen este trastorno (Berenzon, *et al.*, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha lanzado proyecciones preocupantes en cuanto a su prevalencia, indicando que para el 2030, ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es decir, de acuerdo al tiempo en el que el individuo es completamente incapaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas debido a este padecimiento (Botto, *et al.*, 2014; Salvo, 2014). A propósito de su prevalencia; actualmente representa entre el 8 y 12 % para la población general. Según el grupo etario, se presentan cifras significativamente diferenciadas, reportado hasta un 70 % más de presencia en jóvenes y ancianos (Hernández, *et al.*, 2014). En Japón, el trastorno constituye el 3%, tratándose de la depresión mayor, mientras que en los Estados Unidos de América el 16.9% (Pérez, *et al.*, 2017), en Brasil, el 10.4%, siendo en promedio similar entre los países de altos, medios y bajos ingresos (5.5 a 5.9%) (Salvo, 2014).

En México, la depresión ocupa el primer lugar entre las mujeres y el noveno entre los varones, lo que lo convierte en el principal reto de sanidad para el país. Datos arrojados por el Anuario de Morbilidad de la Dirección General de la Secretaría de Salud (SSA, 2016), señalan que de 2014 a 2015, los casos de depresión en México pasaron de 69 mil 594, a 96 mil 521. Lo anterior sugiere que, durante dicho periodo, 80 de cada 100 mil personas presentaron síntomas de esta enfermedad. Además, considerando el número de adultos mayores, se puede inferir que más de 10 millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas.

Uno de los aspectos más subrayados acerca de este fenómeno y que al tiempo, evidencia su complejidad; es la comorbilidad o estrecha relación de la depresión con la mayoría de las enfermedades físicas y mentales. Una multitud de estudios en diversos países, informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales. Según lo señalan Martínez y colaboradores, se han reportado síntomas elevados de depresión asociados a la presencia de enfermedades crónicas en personas de distintos grupos etarios y procedencia (comunidad, atención primaria o ambulatoria, y centros de especialidades) (Martínez, Rojas, Fritsch, Martínez, Vöhringer y Castro, 2017). Así mismo, se advierte que las personas con enfermedades físicas difíciles, corren un riesgo mayor de padecer depresión. La doctora Berenzon apunta: “en las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no sufren esta condición; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces y para aquellas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces” (Berenzon, *et al.*, 2013, p. 76). Otros ejemplos, incluyen enfermedades del corazón, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, entre otros (Wagner, *et al.*, 2012).

Diez, Ipince, Toyama, Benate, Galan, Medina y otros (2014), dicen que; en el caso de las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, “la depresión aumenta el riesgo de tener complicaciones médicas y cardíacas, como isquemia, infarto e insuficiencia cardíaca” (p.132). Wagner y colaboradores; también dan cuenta de la asociación entre la depresión y los trastornos cardiacos. Esta última investigación, enfatiza la consistencia de la comorbilidad entre las enfermedades cardiacas y la depresión, pues la prevalencia de estos predomina a pesar de las diferencias entre países y sus respectivos sistemas de salud, normas y valores culturales (Wagner, *et al.*, 2012).

Así mismo, la relación existente entre la depresión y el cáncer es innegable. En estos casos, el trastorno depresivo suele emerger como resultado del sufrimiento y discapacidad físicos causados por la enfermedad, por lo general, durante la cirugía y/o quimioterapia, afectando la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente, además de aumentar la estancia hospitalaria (Wagner, *et al.*, 2012).

Por otra parte, existe un elevado porcentaje de comorbilidad de la depresión con otros trastornos psicosociales, como la ansiedad y el consumo de sustancias adictivas. Fuentes internacionales indican que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor, cumple con los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Berenzon, *et al*, 2013). Lo anterior, más que corroborar la estrechísima relación entre uno y otro trastorno, “cuestiona la legitimidad de su separación conceptual, haciendo su evaluación clínica aún más dificultosa” (Botto, *et al.*, 2014, p. 1298). Estudios recientes revelan evidencia que relaciona el estrés crónico con el trastorno depresivo, lo que ocasiona un deterioro de las neuronas que les impide un funcionamiento normal del sistema nervioso central.

Además de lo anterior, los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación suicida. Aunque poco se conoce acerca de su peso específico en comparación con otros factores, en materia de prevención del suicidio, la depresión se enlista entre las 20 causas de defunción más importantes para todas las edades a nivel mundial (Wagner, *et al.*, 2012). En ese sentido, se ha planteado que entre 90 y 95% de las personas que han muerto por suicidio tenían algún trastorno mental, particularmente trastornos por uso de sustancias y del estado de ánimo, según revisiones recientes de estudios en autopsias psicológicas (Borges, García y Borsani, 2015) en (Medina, *et al.*, 2015). Continuando con las cifras, en 2016 se registraron 6,370 suicidios en México y en el siguiente año la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportaba que el 1.6% de la población adulta había intentado suicidarse, incrementando considerablemente la tasa de incidencia de este fenómeno (OPS, 2017). Desafortunadamente en México, carecemos de investigaciones que nos permitan determinar los factores de riesgo para el suicidio, así que será necesario tomar acción de manera inmediata en el rubro.

Así; al día de hoy puede asegurarse que, las vías que conducen a la comorbilidad de los trastornos mentales son complejas y fluyen en ambas direcciones: por un lado, los trastornos médicos pueden dar lugar a otros de carácter mental, mientras que las condiciones mentales por su parte, pueden colocar a una persona en riesgo de presentar enfermedades crónicas; y ambos (los trastornos mentales y médicos) comparten factores de riesgo en común (Lara, 2015) en (Medina, *et al.*, 2015).

Ahora bien; conjuntamente con la comorbilidad de la depresión, los más recientes estudios científicos en la materia, señalan que este padecimiento, como la mayoría de las enfermedades, “es resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales” de cada ser humano (Berenzon, 2013, p. 75). Así también lo indican Botto y colaboradores:

... la depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo, al cual se puede llegar a través de diversas vías, cuyas manifestaciones psicopatológicas se relacionan con la personalidad y que depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales a lo largo del desarrollo. (p. 1301)

En van den Bosch y Meyer (2019):

La depresión, asociada con una hipoactivación de la cortical prefrontal (PFC), junto con hiperreactividad de la amígdala, acompañada por alteraciones en los sistemas de neurotransmisores, incluyendo noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos, suele en ocasiones verse influida por exposiciones ambientales con la capacidad de alterar dichos sistemas y por lo tanto incidir en la aparición del trastorno o bien, de algunos de sus síntomas. (p. 18.1)

En el mismo artículo, estos científicos señalan; que el tamaño de la ciudad, por ejemplo, puede predecir “cierta activación de la amígdala en una suerte de desafío de estrés social, que refleja la hiperreactividad de esta glándula, relacionada directamente con los neurotransmisores claves en el trastorno depresivo”, pues aún y cuando se sostenga la adaptabilidad extraordinaria del ser humano a entornos hostiles, en donde el desarrollo personal se muestra de forma simultánea con la violencia, el ruido excesivo, grandes distancias, incomunicación personal, hacinamiento, violencia, entre otros riesgos, la realidad es que, adaptarse a vivir en condiciones adversas, genera cambios desfavorables en la mente (van den Bosch y Meyer, 2019, p.18.1).

De este modo, a través del recuento anterior, se da soporte y reconocimiento científico al reciente enunciado de que la depresión, no solo se atribuye a factores de origen biológico, y que más bien su etiología es multifactorial, es decir, donde los factores

externos, influyen en su aparición y aceleran su desarrollo. Resaltar también que, en cuanto a la carga social de la enfermedad, atribuida a estigmas e imposiciones peyorativas sobre los sufrientes, relacionados con la falta de fuerza de voluntad o la pereza, este factor es sin lugar a dudas, una de las barreras estructurales más significativas a la hora de hablar acerca de la complejidad de este trastorno. La mayoría de la población atribuye a las personas con trastornos mentales, graves características, por lo general erróneas. Si bien es cierto, hoy la sociedad ha adoptado una perspectiva científicista en torno a enfermedades como la depresión, asociándolas a factores neurobiológicos y aumentando con ello la tendencia a mejorar su tratamiento, esto no ha disminuido su estigmatización. Los sentimientos depresivos, como las manifestaciones afectivas de tristeza frente al duelo o la pérdida de seres queridos, por ejemplo, pueden ser experimentados por todos los seres humanos, al menos así lo entiende la gran mayoría. Sin embargo, la manera en que la depresión es “percibida, interpretada, discutida, comunicada y tratada, varía entre una cultura y otra” (Botto, *et al.*, 2014, p. 1299). Martell (2016), en su trabajo cita a Pérez (2006) y a Menéndez (2008) y señala:

Las manifestaciones del malestar mental son parte de un marco histórico y cultural propio de una región o de una sociedad, ya que se encuentran entremezcladas con la cultura y las representaciones de un sector o varios sectores de la sociedad a la que pertenece esa enfermedad. (p. 119)

De nuevo en Botto y colaboradores; es posible identificar que, en las sociedades tradicionales con comunidades no tan numerosas, existe una visión situacional respecto a la depresión, que toma en cuenta el contexto y que asocia esta enfermedad con dificultades interpersonales. El trabajo refiere: “en algunas lenguas del sudeste asiático, no existe un equivalente a la palabra deprimido” mientras que, en las sociedades occidentales, es más frecuente concebir a la depresión ligada con componentes hereditarios y biológicos (Botto, *et al.*, 2014, p. 1299). A propósito de la vida occidental, algunos autores insisten en asignarle a esta, algunas características particulares como: “la competitividad individual, la auto realización, la excelencia de ser triunfador”, todas estas, constituidas en metas que la mayoría de las personas, no consigue alcanzar. En este sentido, “al no poder afrontar el gasto psicológico que supone triunfar y competir

individualmente, se llega al hundimiento (depresión) psíquico” (Aguirre; 2008, p. 571). El mismo autor, señala un segundo problema: “si la sociedad padece el “hundimiento depresivo”, necesita levantarse, para lo cual utiliza “euforizantes” que le devuelvan las ganas de vivir”. Esto explica el consumo de drogas estimulantes (cafeína, nicotina, alcohol, cocaína etc) o de adiciones psicológicas (compra compulsiva, bulimias, riesgo, velocidad etc.) y como “una sociedad individualista se transforma, de este modo, en una sociedad depresiva, para después, transformarse en una sociedad drogadicta” (p. 571).

Así las cosas, debido a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales, es frecuente que éstas presenten un bajo nivel de autoestima, lo que desemboca en una menor calidad de vida. También hay evidencia de que el estigma como tal, constituye una barrera de atención en los servicios del enfermo mental, además de ser pretexto para una baja adherencia a los tratamientos, un acceso limitado a los niveles educacionales normalizados, a espacios laborales y desde luego, una reducción significativa de sus redes sociales (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015). Incluso, las personas con este tipo de trastornos, tienen dos fuentes de dificultades, una derivada directamente de la enfermedad o del trastorno que padecen, y la otra del estigma que les afecta, siendo paradójicamente este último aspecto el más negativo y difícil de contrarrestar (López, Fernández, Laviana, Aparicio, Perdiguero, y Rodríguez, 2010).

Casi para terminar de dar cuenta de lo complejo de este fenómeno; mencionar lo referente al acceso a los servicios en salud mental y la atención de calidad de los mismos, que para el caso de este trabajo, representa uno de los rubros mayormente importantes dentro de su contenido, por virtud del carácter institucionalista que se adjudica la presente investigación, en donde la atención de los pacientes e individuos que acuden al sistema de salud por síntomas de depresión, representa la primera línea de acción por parte del Estado hacia este grupo poblacional. Berenzon, y colaboradores; señalan que son diversos los factores que se asocian con la reducida solicitud de ayuda: “menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de atención, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado” (Berenzon, *et al.*, 2013, p.77). Pérez y colaboradores, en 2017; mencionan que cerca de 350 millones de personas, aproximadamente uno de cada

diez adultos, sufre depresión, pero el 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos.

La diferencia o brecha en el tratamiento, también se puede expresar como el porcentaje de personas que necesitan atención, y que no la reciben. En el caso de México, supera 80% para cualquier trastorno de índole mental, mientras que, para la depresión mayor, el porcentaje de rezago es del 73%. En ese tenor, algunos de los obstáculos mayúsculos que enfrenta el sistema nacional de salud en México, en términos de su capacidad de respuesta a los problemas en relación con la depresión, son, entre otros, la infraestructura insuficiente con una distribución inadecuada y de difícil acceso y la carencia de recursos económicos para brindar un servicio adecuado. No obstante; es importante hacer mención de que no todos los deméritos en el desarrollo de la política, se atribuyen de forma exclusiva al Estado, pues estudios como los de Vicente *et al.*, en 2016; señalan que: un buen porcentaje de la población, “mantiene una percepción acerca de una falta de efectividad en el tratamiento” (p. 58).

En el orden macroeconómico; a pesar de las cifras en relación a la incidencia del trastorno, y de contar con un Programa de Acción Específico de Atención en Salud mental, los recursos asignados a México para atender esta área, representan apenas el 2% del presupuesto federal en materia de salud, destinado casi por entero a los hospitales psiquiátricos que, desafortunadamente siguen siendo el principal eje de atención en salud mental en nuestro país, y desatendiendo el nivel primario, que es donde en realidad se presentan el mayor número de casos de diagnóstico depresivo.

Hasta aquí podemos plantear que; desde el punto de vista clínico, y también social, la depresión es una entidad compleja que debe ser comprendida dimensionalmente en el contexto sociocultural, tomando en cuenta para su análisis, no solo los factores neurobiológicos y psicosociales, sino también la estructura de los sistemas de salud, el diálogo con las familias, los medios de masas y las administraciones locales. Botto y colaboradores, exponen que los trastornos psiquiátricos son cuadros etiológicamente complejos; por lo tanto, para entenderlos es necesario contar con un modelo que, sin dejar de lado la rigurosidad conceptual y empírica, sea pluralista e integrativo y cuyo

fundamento se encuentre en la estrecha colaboración con otras ramas de la ciencia. (Botto, *et al.*, 2014)

Entonces, ante el recuento de las particularidades mencionadas, es imprescindible un cambio de paradigma hacia el tratamiento integral de la depresión (Medina, *et al.*, 2015), así como la búsqueda de nuevos instrumentos conceptuales y metodológicos para analizar a las políticas públicas en esta materia, que prioricen el estudio del plano subjetivo de la enfermedad mental y el entendimiento de los factores socioculturales. La política pública, por su parte, se está abocado a considerar que, como ya se señaló, una sola teoría no está en condición de dar una explicación satisfactoria. Por lo tanto, el campo del análisis de políticas públicas ha desarrollado diferentes marcos de estudio que intentan, en diferente grado, combinar varias perspectivas paradigmáticas y teóricas (Roth, 2008, p.70) para explicar la complejidad de nuestra realidad actual, y de esto, es que va nuestro trabajo, cuya propuesta de análisis sociocrítico a las políticas públicas en el rubro: depresión pública en México, iremos paulatinamente aterrizando.

5.2 Factores biopsicosociales que inciden en la aparición de la depresión y en su atención dentro del sistema de salud en México

El bienestar humano y en ocasiones la salud mental, son constantemente influenciados, directamente o indirectamente por múltiples exposiciones ambientales con el suficiente potencial dañino para incidir sobre el llamado proceso salud- enfermedad del individuo. En ese sentido, la injerencia de lo socio-ambiental en los trastornos mentales, se encuentra implícitamente reconocida en la categorización de los mismos, como problemas biopsicosociales (Fernández y Sánchez, 2003).

En Cantero y Ramírez (2009); encontramos, de acuerdo con el estudio de ambos investigadores, que los factores de riesgo para desarrollar depresión pueden separarse en genéticos, somáticos, sociodemográficos y psicológicos. Estos elementos, así como los entornos de estrés y demás factores psicológicos, se complementan con la influencia de las condiciones que limitan o favorecen la compleja dinámica del tejido social (pobreza, desempleo, movilidad humana, salud integral), barreras sociales, y demás disparidades socioculturales, incluso, con elementos naturales del tipo temporo-espacial (clima, temperatura, ventilación, ruido, habitáculo, contaminación) (Souza, 2002), para constituirse en la causa del origen y proliferación de enfermedades de índole mental

como la depresión. Griesinger; 1867 en Fernández y Sánchez; (2003); señala que, en efecto, las enfermedades psíquicas son enfermedades del cerebro, pero reconoce que los estilos de vida humana (el momento histórico, la influencia de la política y la condición social), están vinculados a la génesis de la enfermedad en el individuo. Así también lo indica la Organización Mundial de la Salud, (2016), cuando advierte que la salud mental del individuo puede estar determinada por tres factores básicos: sociales, psicológicos y biológicos, cuyas cualidades particulares determinan un estilo de vida específico para cada individuo.

Otro aspecto importante, es que muchos de los factores biopsicosociales mencionados, inciden de forma paralela no solo en la aparición del trastorno, sino también, en la calidad de la atención que el paciente pueda recibir del sistema (público o privado) de atención sanitaria, pues tradicionalmente el acceso a los servicios de salud mental de las personas ha sido limitado, y ello, desde luego que se asocia a variables conductuales, sociales y estructurales (González, Peñaloza, Matallana, Gil, Gómez, y Vega, 2016). Incluso, existen estudios que demuestran que la pobreza, los bajos niveles sociales y educacionales, son más bien, consecuencias posiblemente derivadas de la falta de tratamiento oportuno de algunas enfermedades mentales (Vicente, Saldivia y Pihán; 2016) Así; la depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social.

5.2.1 Factores sociales

La OMS (2016), clasifica a los factores sociales, como aquellos que son representados por la estructura social, las prácticas e instituciones, la identidad personal y los procesos interpersonales. En otras investigaciones, como por ejemplo la de González y colaboradores, estos elementos se denominan como variables de acceso a la consulta en atención a salud mental (González *et al.*, 2016). Específicamente se encuentran algunas muestras en los siguientes ejemplos, cuya mención estriba en el sentido de aquellos que son significativamente perjudiciales para la salud mental de los seres humanos, pudiendo llegar a constituir en algún momento serios trastornos depresivos. De igual forma, la incidencia de cualquiera de estos factores en la atención

de las personas con depresión, repercute de forma severa en el acceso al sistema de salud y en la calidad de los servicios:

a. Pobreza; como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y sobre todo de salud, repercute de forma directa tanto en la aparición y desarrollo acrecentado de la depresión, como en la atención de los sufrientes en cualquier nivel. Diversos estudios han demostrado, que las personas que viven con limitaciones económicas, además de que ven reducida su posibilidad de acceder a opciones educativas, de vivienda, trabajo, de salud y recreación tienden a reportar problemas de salud mental (Londoño y González, 2016). Sandoval y Richard (2005) advierten: que la pobreza es más bien un aspecto inherente a las políticas sociales de este tipo, con acento en la salud mental pública. Según este estudio, la incidencia de estos padecimientos, exige de los afectados una mayor proporción de los pocos ingresos que generan, muy regularmente por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida. “Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso” (p. 10). Martell, en su estudio de 2016, advierte que las conocidas como enfermedades mentales “tienen clase social, que son los estratos más depauperados económicamente en los que se concentran los trastornos mentales y donde se aplica una violencia institucionalizada tanto en las clasificaciones como en las estrategias de cuidado y recuperación” (p. 133).

b. Educación; varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de trastornos mentales comunes y el bajo nivel educacional. Más aún, un bajo nivel de educación, dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumentando con ello la vulnerabilidad e inseguridad, y contribuyendo al mantenimiento de un capital social mínimo. En ese tenor, el analfabetismo, el escaso nivel educacional y la enfermedad, están íntimamente ligados no solo entre ellos, sino con el ámbito de la pobreza.

c. Desempleo; dicen las investigaciones de Sandoval y Richard (2005), que personas desempleadas tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo. En esta investigación los autores a su vez, citan otras fuentes de información (Dooley *et al.*, 1994) para validar los dichos anteriores: “las personas desempleadas, o incluso con empleo,

pero que perdieron su trabajo, tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo” (p. 12). En ese sentido, la falta de trabajo se refleja en menores ingresos, lo que obliga al cambio forzoso de hábitos de consumo en la alimentación y en el nivel de vida. Además, de allí se detonan una serie de problemas mayúsculos que afectan sin remedio el ánimo de las personas en edad productiva laboral, entre otros: la necesidad de endeudamiento para sobrevivir o la imposibilidad de cubrir compromisos económicos que, a larga terminan por mermar el patrimonio familiar. Este factor, de forma concomitante, también determina las condiciones de atención de los pacientes en el sistema de salud, así como los niveles de calidad en el mismo rubro, pues el desempleo provoca que las redes de protección social que el trabajo formal coadyuva a sostener, es decir, la base fiscal de contribuciones del Sistema Nacional de Seguridad Social, fallen, toda vez que se reducen los ahorros, y con ello los fondos de pensiones y el gasto en salud.

d. Género; definitivamente el género, como cimentación social, es un factor de peso que exacerba la vulnerabilidad de los individuos a padecer depresión. Por ejemplo, en un sin número de estudios e investigaciones científicas, el hecho de ser mujer representa un factor determinante en la aparición de la depresión para este grupo en específico. Así mismo, esta circunstancia de orden más biológico, repercute en la atención que las mujeres reciben de parte del sistema de salud en general, en muchos casos, haciendo omisión de los síntomas manifestados por la paciente, en razón de hallarse el personal predispuesto a tomar estas alteraciones como propias de su género y edad (menopausia), pues las mujeres según la visión social más general, háyanse inexorablemente ligadas a su estatus en la sociedad, cambios hormonales, condiciones sociales particulares del género, mayor estrés derivado del trabajo y de las responsabilidades en la familia, los roles y expectativas de la sociedad, e incluso, las altas cifras de abuso sexual para este grupo etario, pueden conducir a un incremento en los síntomas depresivos. De acuerdo con múltiples encuestas, la depresión entre las mujeres es al menos dos veces mayor que entre los hombres.

De cualquier forma, las mujeres deprimidas son más proclives que los hombres deprimidos a usar los servicios sanitarios o a solicitar soporte social (Botto *et al.*, 2014).

También es cierto que el sobrediagnóstico para este grupo es común. Wagner *et al.*, (2012), hace mención de un estudio comparativo entre países por parte de la OMS, en donde se encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, quienes, por el contrario, experimentan una depresión escondida, debido a que el dolor emocional en ellos no es socialmente aceptable y en lugar de admitir dicho padecimiento, tienden más bien a esconderlo por vergüenza.

e. Familiares; en la vida familiar la situación más favorable para el florecimiento de la salud mental sería aquella en la cual quienes hacen la función de padres puedan dar a los hijos el cuidado emocional, la provisión material y el impulso al desarrollo que favorece una sólida constitución de sí mismos. Un grupo familiar así, no sólo ofrece cuidados a los hijos, sino que favorece también el despliegue de las potencialidades de cada uno de sus integrantes, cualquiera que sea la etapa del ciclo vital en la que se encuentren (Martínez, 2009).

f. Estigma; este factor, representa una de las principales barreras a la hora de hablar de casos de depresión. Erwin Goffman; en su clásica publicación “Estigma: la identidad deteriorada”, define el fenómeno como los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvaloración social” (Mascayano, *et al.*, 2015, p. 54). En el caso particular de las personas con trastornos mentales, la carga de estigmatización se relaciona comúnmente al estereotipo de eventual peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos. En un estudio de López *et al.*, (2010); la población sevillana adulta, manifestó que consideran a estas personas, sin importar el desorden específico de su diagnóstico particular, como “locas” o “enfermas mentales”, adjudicándoles rasgos invariables que son producto del estereotipo tradicional: violencia, incomprendibilidad, falta de responsabilidad sobre sus actos, incurabilidad y en definitiva peligrosidad (p. 234). Arrarás, en 2019; indica que hay factores de vulnerabilidad hacia la depresión, “como algunos esquemas cognitivos (construcciones mentales subjetivas, más o menos estables, que incluyen una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro)”, que no deben entenderse como una debilidad de la persona y ser objeto de rechazo, sino ser vistos como una nueva oportunidad de intervención (p. 6).

Luego, el llamado autoestigma (Arrarás, 2019), puede ir unido a reacciones emocionales como la vergüenza, a una menor autoestima y a una sensación de fracaso personal. En este sentido, la persona con depresión puede tener la creencia errónea de que uno mismo puede o debe poder controlar los síntomas (en especial a sus emociones) sin la ayuda de los demás, como lo ha hecho siempre, y que su situación se debe a una debilidad personal. Además, puede ir unido a una disminución en la capacidad habitual de afrontar los problemas y las emociones, ya que la persona minusvalora sus capacidades, existiendo un intento por ocultar su trastorno, y un freno en la búsqueda de ayuda, incluido el tratamiento, lo cual, puede favorecer una evolución negativa de los síntomas en el trastorno depresivo.

Wagner y colaboradores señalan que: una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es el estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos (Wagner *et al.*, 2012). En Arrarás (2019); se advierte la utilidad que podría representar “la divulgación dentro de la sociedad de ideas más realistas sobre dicho trastorno y cómo afrontarlo, así como sobre la manera de apoyar a las personas que lo sufren”. Concluye señalando que el saber científico debe contribuir desculpabilizando a las personas con depresión y a su entorno (p. 6).

Eventualmente, una mejor aceptación social de la depresión debiera llevar también a una mayor expresión de la demanda autocontenida de quienes, por una u otra razón relacionada con el estigma y el miedo al rechazo, dudan en expresar su estado y buscar la ayuda profesional que requieren (Morales, 2017).

g. Violencia; diversos estudios han demostrado que “la exposición a la violencia o el haber sido testigo de ella, aumenta el riesgo de padecer una enfermedad mental entre 1.4 y 2.8 veces” (Medina, *et. al.*, 2015, p. 17).

h. Consumo de Sustancias adictivas; el consumo de drogas en México se ha extendido a casi todos los grupos sociales; se le considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con acciones delictivas y violentas. Su tendencia ascendente es preocupante. Así mismo es frecuente una alta comorbilidad entre la

depresión y el abuso de sustancias adictivas. Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo.

i. Migración; este factor se encuentra relacionado con la aparición de la depresión y su atención, ya que se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, que en busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia, todos estos, factores que inciden en el diagnóstico y desarrollo de la enfermedad. Los migrantes, al llegar a otro país con una cultura diferente, se enfrentan a situaciones de estrés importante para lograr su adaptación a la barrera del idioma, la discriminación, la pérdida de su identidad, sentimientos de minusvaloración y de inadecuación, miedo, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, desconocimiento de las leyes, que con frecuencia los colocan en situaciones de arresto y cárcel.

5.2.2 Factores psicológicos

En relación con los factores psicológicos, la OMS (2016), señala que existen componentes propios de cada individuo, características y tendencias que, en combinación, construyen personalidades específicas y diferentes en cada persona, haciendo a ciertos individuos, más propensos a sufrir ciertos trastornos mentales que otros. Entre esta clase de implicaciones, se señala la incapacidad del ser humano para encontrar un sentido a la vida, así como la existencia de esquemas cognitivos que conducen a una interpretación distorsionada de la realidad por parte de estos individuos, a partir de una serie de creencias erróneas, siempre de carácter negativo (Vázquez, 2016). Esta misma idea deformada a cerca de la realidad del individuo con depresión, influye notablemente en su toma de decisiones y, por ende, podría también repercutir en la búsqueda nula de atención o la deserción en el tratamiento, incidiendo de forma negativa en el campo de la atención de este padecimiento. Así mismo, los trastornos de

índole psicológico como la depresión, son fenómenos complejos, interdependientes de otras problemáticas sociales y ligados a circunstancias distintas, por ejemplo, una mala alimentación durante el desarrollo físico, puede generar un desarrollo cognoscitivo infantil deficiente y por ende afectaciones en la salud mental.

La doctrina indica que estas barreras, suelen estar asociadas con el estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas sobre los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias de los tratamientos, la escasa necesidad percibida de requerir ayuda y el autoestigma, los cuales limitan el acceso al servicio. (González, *et al.*, 2016)

a. Tener o no pareja; el estado civil se encontró como un factor, dentro de los llamados psicológicos, asociado con los trastornos depresivos. La relación entre el estado conyugal y la depresión se ha analizado por varios investigadores y los resultados son contradictorios. “Cuando se pierde la pareja por muerte o separación, la persona se ve privada de esta fuente de apoyo social con las secuelas emocionales que implican” (Vázquez, 2016, p. 594). Así también lo señala Wagner *et al.*, (2012), cuando menciona que las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos, tuvieron una mayor asociación con la depresión, mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres.

5.2.3 Factores biológicos

El componente biológico también representa un aspecto significativo, ya que dependiendo del material genético o bien, de los desequilibrios bioquímicos cerebrales que ocurran en el individuo, la salud mental puede verse seriamente comprometida. Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), encontrando que alrededor de 200 genes están relacionados con el trastorno depresivo. Estos “mecanismos neurobiológicos”, están implicados en la depresión por virtud de la disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, el déficit de monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina), los cambios a nivel de la plasticidad neuronal y la neuroinflamación (Monteiro, Martínez, y Rodríguez, 2019, p. 614).

En van den Bosch y Meyer, en 2019, se apunta lo siguiente:

La depresión se asocia con una hipoactivación de la cortical prefrontal (PFC), junto con una hiperreactividad de la amígdala, un sitio de señalización clave para la respuesta de amenaza neural, la emoción negativa y la ansiedad. Esta desregulación está acompañada por alteraciones en los sistemas de neurotransmisores, incluyendo noradrenérgicos, vías colinérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas. (p. 18.2)

Estructuralmente; los factores de índole biológico resaltan la afectación en tres áreas cerebrales: hipocampo, amígdala y corteza cerebral, observándose una reducción del volumen de la primera de ellas, que desempeña un importante papel en el desarrollo depresivo (Monteiro *et al.*, 2019). Además, existen evidencias de “alteraciones a nivel de neurotransmisores, citosinas y hormonas, cuyas acciones inducen modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, en el sistema inmunológico y en el sistema endocrino”, que incrementan el riesgo de padecer depresión (Pérez *et al.*, 2017, p. 73).

De esta suerte, tras el recuento de los llamados factores biopsicosociales, que intervienen en la aparición de enfermedades como la depresión, así como de su atención, y tras las muestras de su indiscutible injerencia en la salud mental de los individuos; puede afirmarse que no sólo en lo biológico se halla la explicación de estas patologías, por lo que no es solo en lo biológico en lo que hay que intervenir. En ese sentido; si la depresión tiene tanto de biológica, como de psicológica y social, y aún más, si cada uno de estos tres ejes se encuentran estrechamente vinculados, entrelazados de continuo, la investigación y la atención en este rubro, no puede quedar a cobijo de una única disciplina, mucho menos de un solo paradigma, enfoque o teoría que explique la realidad de este fenómeno. Es necesaria la aceptación de las implicaciones biopsicosociales en el origen y curso de la enfermedad, a fin de entender en toda su dimensión el problema y edificar los modelos de atención comunitarios adecuados para las personas afectadas por estos problemas, ya que sólo desde este plano, se comprenderá el verdadero sentido y alcance de la salud mental y de la rehabilitación psicosocial, como pieza fundamental de tales modelos.

También es cierto que la salud mental, cobra mayor importancia en un país con las características del nuestro, es decir, donde el clima generalizado de ansiedad, miedo, violencia, desempleo, pobreza y desmotivación, son más bien una constante por la que atraviesa un enorme sector de la sociedad. La permanencia de la población en condiciones de pobreza y aún pobreza extrema, obliga mínimamente a insistir en la creación de políticas públicas inmersas en un contexto de desarrollo, que permita romper el ciclo de reproducción de la pobreza, disminuir riesgos como el hambre, el desempleo, la exposición a la violencia y el aumento del estrés, conjuntamente con mejores actitudes públicas para aquellos que han desarrollado un trastorno psiquiátrico, con la posibilidad de proporcionar servicios de alta calidad para el mejor tratamiento en cada caso. Los mayores logros en salud, habrán de obtenerse tras remover las barreras estructurales que impiden a las personas lograr un acceso a una vida digna y con niveles óptimos de bienestar, un trabajo bien remunerado y seguro, una educación, que coadyuve en el desarrollo de conocimientos y habilidades para la adaptación positiva al mundo, y desde luego, el acceso a servicios preventivos y curativos de salud de alta calidad.

5.3 Modelos de atención de la depresión como problema de salud pública en México: el caso del Modelo Miguel Hidalgo, dentro del Programa de Acción Específico en Salud Mental (PAE SM)

La atención de los trastornos mentales (incluida la depresión), de modo general se ha venido situando bajo dos marcos distintos de vigilancia: el Enfoque Asistencialista o Asilar (contenido dentro del Modelo Biomédico), y el Enfoque de Base Comunitaria (encuadrado en el más reciente, Modelo Biopsicosocial). Es importante, antes de continuar, resaltar que, para el caso de este trabajo, se toman en consideración los modelos de asistencia y atención de la depresión, así como de otros trastornos, situados dentro del sistema de salud público en México, y no los modelos de tratamiento e interpretación de la enfermedad depresiva como fenómeno clínico- social (a saber: la Perspectiva Cognitivo- Conductual, el Enfoque Sistémico, el Existencial Humanista, la Gestalt, entre otros) (Aburto, 2018). De esta suerte, para entender mejor cómo funcionan estos sistemas (Asilar y Comunitario), es necesario, primero precisar los contenidos esenciales del marco de análisis que contiene a cada uno de ellos; nos referimos a los

Modelos Biomédico y Biopsicosocial, ambos, representan para las ciencias de la salud, los principales paradigmas que explican el proceso salud- enfermedad en el ser humano, atribuyendo las causas de las patologías, a factores por completo distintos.

Primero; en el Modelo Biomédico, la enfermedad es aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar, basado en la integración de los hallazgos clínicos y los datos de laboratorio, proponiendo una visión unicausal del proceso de enfermar, a la vez que un abordaje asistencial, sustentado en una organización hospitalaria vertical (Battistella, 2007). Haro (2015); señala que la base teórica del modelo biomédico, corresponde a un “naturalismo (en el sentido biologicista y materialista), fundamentado en el individuo, que opone lo sano a lo patológico y en donde sólo tiene validez lo evidenciable objetivamente” (p. 3).

Aquí; el diagnóstico se convierte en el acto médico por excelencia, mientras que el enfermo pierde toda relevancia, se excluyen los factores que no son orgánicos para explicar la génesis de la enfermedad y así mismo, el trastorno se presenta como un hecho puramente natural, sin historia, despojándolo de su categoría de hecho sociocultural, lo que termina por dejar de lado los determinantes del proceso de enfermar que provienen de la clase social, las condiciones educacionales, la cultura, (Battistella, 2007), o incluso, aspectos que netamente afectan las “subjetividades” humanas y que alteran la relación de los sujetos consigo mismos y con los otros, perturbando su salud mental por consiguiente (Gallo y Quiñones, 2016, p.139). Miranda (2011), indica: “la clínica pasa a ser una práctica de observación, el significado personal, la narración del paciente, deja de ser algo relevante, para luego limitarse a aquellos signos que se puedan objetivar, medir y ser comparados con parámetros poblacionales. Es decir, la salud pública se convierte en una práctica de cuantificación” (p. 263). En este punto, es importante resaltar que, esta forma de concebir a la depresión, es pieza clave en el desarrollo de Políticas públicas en salud mental basadas en la evidencia, en donde metodologías como la denominada WHO CHOICE (Choosing Interventions that are Cost-Effective), centrada en los costos y la efectividad de las intervenciones para el tratamiento clínico de la depresión, resultan orientaciones imperantes en la producción de estas acciones (Lara, Robles, Orozco, Real, Chisholm, y Medina, 2010). Haro, en

2015; menciona que el reduccionismo biológico (sostenido por el modelo Biomédico), se evidencia en el desarrollo privilegiado y casi exclusivo de procedimientos estadísticos para explicar e interpretar las relaciones causales en este rubro (regresión logística, análisis multivariado, aplicación de modelos estocásticos y teoría de juegos). Aún y cuando se registran “variables sociales o culturales, ya sea mediante su incorporación en las encuestas o mediante el complemento de técnicas cualitativas, es factible observar el uso instrumental y limitante de los conceptos” (p. 8).

Ahora bien, al amparo de este modelo, la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en las regiones límbicas (emocionales) del cerebro (van den Bosch y Meyer, 2019), o bien, relacionada con factores genéticos- hereditarios, desvinculando del contexto social al enfermo, por lo que su atención y tratamiento deben establecerse sobre la base y administración de ciertos psicofármacos que corrijan estas desviaciones. Así, bajo la concepción de la enfermedad como una alteración del buen funcionamiento del cuerpo, estar sano es sinónimo de un óptimo bienestar, mientras que estar enfermo, es visto como un estado de discapacidad, y bajo dicho enfoque, es que se asiste al paciente con depresión (u otro trastorno mental): por lo general, en centros cerrados de atención, bajo prescripción de medicina clínica y teniendo como eje principal, las estancias prolongadas o bien permanentes del enfermo en el hospital psiquiátrico, sin la garantía de sus derechos humanos. Al respecto Stolkiner y Ardila (2012), en cita de Olivares y Del Valle (2019) señalan que; este enfoque tiene “como características estructurales el biologicismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrado en la enfermedad”, en donde se aísla a la persona en centros cerrados de atención (p. 2). En la actualidad, el modelo médico de causalidad (Botto *et al.*, 2014) o Biomédico, focalizado en esencias biológicas simples, es decir, con base en evidencias que dan muestra de los desperfectos biológicos del cuerpo concebido como una máquina, ha resultado insuficiente para captar la naturaleza de las enfermedades mentales (p. 1300). Dice Haro, en 2010 que; “debido a la biologización, individualización y medicalización del campo de la salud, de parte de este paradigma, no se atienden debidamente los factores estructurales que subyacen a esta clase de problemas, pues el abordaje de su atención, háyase centrado más en la atención

paliativa que en la prevención” (p.10). En suma, las dificultades que posee la biomedicina para tener un carácter emancipador (que como vale la pena recordar, es uno de los fines teleológicos del sociocriticismo), se explican desde su surgimiento a partir del paradigma biomédico (Olivares y del Valle 2019).

De este modo, en el otro extremo, y ante los déficits exhibidos por el Modelo Biomédico; en 1977, Engel propone el concepto de Modelo Biopsicosocial (Battistella, 2007), para hacer alusión al abordaje integral del proceso salud- enfermedad, en donde el contexto inmediato de desarrollo del ser humano, no solo se considera, sino que es determinante en la aparición y desarrollo de muchas enfermedades. En este modelo, a diferencia del primero, se incorpora el enfoque de derechos en las personas con problemas de salud mental y su tutela se convierte en uno de los cometidos principales. El concepto que alude a la comunidad es central, por ser el espacio de fortalecimiento donde sus miembros logran la transformación del entorno y de sí mismos, además, se propone la movilización de recursos de forma sistemática hacia la integración de la salud mental en la atención sanitaria general (programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de otras enfermedades no transmisibles crónicas) a través de la creación de unidades de psiquiatría en hospitales generales y villas de transición hospitalaria (SSA; 2014). Bajo este enfoque, se pugna por potenciar los servicios a nivel ambulatorio y reducir al máximo la necesidad de hospitalización.

En el modelo Biopsicosocial, la depresión se asocia a la vulnerabilidad genética con que nacen algunas personas, y se manifiesta por experiencias en el medio ambiente, así que su relación con los llamados factores biológicos, psicológicos y sociales del medio externo, es definitivamente estrecha, pues expresa más bien la unidad de lo natural y lo social en el hombre. Desde esta óptica, se emprende una nueva visión del enfermo mental y de su atención en el sistema de salud, un proceso de reforma, aún inconcluso, que aparece como respuesta a los profundos cambios que, como se ha venido observando, se registran en los modos de enfermar de las personas, y que la psiquiatría clínica clásica, con su modelo asistencialista, no termina de resolver por completo.

Ergo; subordinado al modelo biopsicosocial y también, al llamado modelo salubrista, surge en los años sesenta en Estados Unidos, el denominado Modelo de Atención

Comunitaria en salud mental, representado por movimientos diversos tendientes a reformar los servicios de atención de los enfermos mentales, tales como la Reforma Psiquiátrica Italiana, la psiquiatría de sector francesa y la del Servicio Nacional de Salud Inglés, la revolución tranquila de Quebec, la desmanicomialización de Río Negro y la reestructuración de la atención en Latinoamérica, entre otros (Hormazábal y Riquelme, 2009). Como ya se ha revisado, en México, el movimiento de reforma psiquiátrica se vio reflejado a partir del cierre del manicomio de la Castañeda en el siglo XIX; sin embargo, la institucionalización legal del Nuevo Modelo de Atención Comunitaria, así como su operalización, a través de la atención del enfermo en Villas de descanso y con la participación activa de la sociedad, se da hasta muchos años después, concretamente en 2001, con la puesta en marcha del llamado Modelo Miguel Hidalgo (OMS, 2017), debido a que fue precisamente en el estado de Hidalgo, con la apertura de la casa de descanso de nombre Villa Ocaranza, donde arrancara el pilotaje de prueba de este nuevo enfoque, que constituye todo un cambio en la forma de ver y de atender a esta clase de afecciones.

Esta nueva conceptualización de los servicios de atención en salud mental, tiene 3 perfiles básicos: clínico, epidemiológico y social. Clínico porque brinda atención médica con acciones curativas y rehabilitatorias para los sujetos enfermos; epidemiológico porque aplica como estrategia de trabajo ese método para lograr el diagnóstico de salud con el que se detectan grupos de riesgo, evaluando no solo al individuo, sino a grupos poblacionales en cuanto a estado de bienestar, o sea, su salud mental, y finalmente, el perfil social está dado porque considera las necesidades de salud de la población, y porque en la solución de esos problemas, esta participa activamente. Según Jacques Hochmann, citado por Hormazábal y Riquelme (2009), el Modelo Comunitario supone la difusión de tres poderes: 1ero: el poder del beneficio terapéutico, llevándolo del enfermo (en individual) a la comunidad; 2do: el poder del espacio terapéutico, del hospital expandiéndose hacia los centros comunitarios y 3ro: el poder terapéutico, del psiquiatra a los equipos comunitarios (p. 246). Justamente por estas características, esta visión comunitaria también ha sido contemplada como un modelo político de organización de los recursos múltiples disponibles en la comunidad, para dar respuesta a necesidades también múltiples, es decir, constituye más bien una reorientación de la política sanitaria

en materia de salud mental, en la que la oferta diversificada de servicios, se corresponde con las infinitas variables del modelo biopsicosocial, y se justifica precisamente por la pluralidad de vías que conducen a la aparición de los trastornos mentales como la depresión. Por lo tanto, para entender la complejidad de estos fenómenos, es necesario contar con un modelo que, sin dejar de lado la rigurosidad conceptual y empírica, sea amplio e integrativo, y cuyo fundamento se encuentre en estrecha colaboración con otras ramas de la ciencia, pues como para unir disciplinas como la Biología, la Psicología y la Sociología como las disciplinas fundamentalmente integradoras del concepto biopsicosocial, es necesaria la generalización, que implica que el entendimiento holístico del hombre (contrario a las ciencias que se separan por materias para comprender la realidad) significa acudir además a lo histórico, lo económico, lo matemático, lo ético, etc., es decir, a todas las ciencias (Hormazábal y Riquelme, 2009).

El modelo Miguel Hidalgo, como recurso innovador de atención, promoción y prevención de la salud mental, hallase inscrito en el denominado Programa de Acción Específico en Salud Mental PAE SM (SSA, 2014); el documento escrito que constituye el eje central de la política pública en materia de salud mental en México, y que contiene la gran mayoría de acciones, planes y programas de parte del Estado, dirigidos a combatir el problema de la depresión entre la población, aunque no de forma exclusiva, toda vez que como ya se ha hecho mención, el mismo, fue diseñado para contener las líneas de atención de muchos otros trastornos de índole mental. Fue desarrollado a partir de las recomendaciones de la OMS (2001), de formular programas específicos de atención para los principales trastornos de salud mental en el mundo (depresión, esquizofrenia, ansiedad, adicción a sustancias, entre otros). El PAE SM, se crea en coordinación con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), derivado del ejercicio de las atribuciones que competen a la Secretaría de Salud, y en el marco del Programa Nacional de Desarrollo. El documento pone énfasis en la promoción y prevención de la de salud mental entre la población en México, como una estrategia efectiva para reducir la carga de alguno de los trastornos mentales más frecuentes, como la depresión, toda vez que sostiene la premisa de que la detección y atención temprana de tales patologías, pudiera a bien mejorar la calidad de vida de las personas y los costos de atención en el sistema de atención médico. También ofrece una red de servicios con distintas

alternativas de promoción de la salud mental: atención ambulatoria, hospitalización, reinserción social, entre otros, de tal forma que los servicios operen conforme al respeto a los derechos de los usuarios y en donde las personas de cualquier edad, reciban una atención integral médico-psiquiátrica con calidad, calidez y gratuidad (SSA; 2014).

Sin embargo; aún y cuando con la implementación del PAE SM y la del Modelo Hidalgo, se han dado grandes avances en materia de atención de pacientes con depresión y otros trastornos de la mente, no todo el panorama se vislumbra de forma positiva, debido a que la amplitud de afecciones que pretenden atender el programa, es precisamente una de las principales críticas hacia el mismo, pues la magnitud del trastorno depresivo, en relación con los porcentajes de su incidencia y con las causas que lo originan, bastan para considerar la creación de una política pública exclusiva para atender a la depresión, esta vez, tomando en cuenta los factores biopsicosociales que inciden de una forma más notoria en su aparición. También es cierto que, pese a que el PAE SM se planteara de inicio como uno de sus objetivos principales, la consideración de las enfermedades mentales como producto del contexto, y declarara de forma expresa su inscripción y la del Modelo Hidalgo de base comunitaria a su encargo, dentro del paradigma del Modelo Biopsicosocial (SSA, 2014), lo cierto es que tales premisas aún son ambiguas, ya que en la realidad; el eje de la atención de la salud mental en México sigue siendo el hospital psiquiátrico, se privilegian los enfoques clínicos y, en todo caso, la producción de evidencia es requisito *sine qua non*, para emprender un análisis de políticas en materia de depresión. También lo es, porque la misma política pública como instrumento se halla construida bajo esta premisa, donde la estimación de daños, o bien, la medición del impacto de estas intervenciones, pocas veces se realiza desde perspectivas holísticas o integradoras, reduciendo sus mediciones a ámbitos discretos que no evalúan la calidad de vida poblacional sino solamente los cambios en la incidencia o prevalencia de las condiciones patológicas (Haro, 2015).

De este modo, el PAE SM presenta un panorama de la situación actual en nuestro país, producto de una observación más bien cuantitativa de los fenómenos que motivan la aparición de problemas públicos como el de la depresión en México. Sobre esta base, casi por regla general, es que se toman decisiones, sobre el costo- eficiencia de la

enfermedad, por ejemplo, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (el AVAD), los Años de Vida Saludable (AVISA), así como los Días de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYS) y el número de camas habitables, son los principales indicadores que basan su sistema en parámetros por lo general de corte cuantitativo (Sandoval y Richard, 2005). Pero este tipo de sistemas de medición, siguen de cualquier modo, y como será discutido más adelante, sujetos a las variables culturales, las representaciones sociales y simbólicas, las creencias, el ingreso y el gasto en salud por parte de las familias, estilos de vida, entre otras (Martell, 2016).

Así, abordada la salud mental y los sujetos sufrientes de sus trastornos según el gasto que implican, el llamado Modelo Hidalgo de base comunitaria (SSA, 2014), expresado mediante el PAE SM, se implementa más bien por una disminución en los costos asociados a los tratamientos largos, siendo que puede explicarse a partir de muchas otras más complejas situaciones sociales, pues los factores y causas de los trastornos mentales, son históricamente determinados y socialmente contruidos, las enfermedades son representaciones, así como lo son la raza, el fracaso o el éxito escolar, la sexualidad, la inteligencia, el conocimiento, etc. (Martell, 2016). Estas construcciones son internalizadas y reelaboradas por los integrantes de una sociedad, que a su vez forman una red de representaciones y esquemas socio-mentales para poder hacer referencia acerca de lo mismo.

5.4 El Enfoque sociocrítico como alternativa de análisis viable de las políticas públicas en materia de atención de la depresión como problema de salud pública en México

Tras el reconocimiento de la complejidad que caracteriza a la depresión como problema de salud público en México, se han puesto en evidencia las limitaciones que el enfoque tradicional de análisis de políticas, tiene para interpretar fenómenos tan complejos como los relacionados con la salud mental de los individuos. Actualmente, las soluciones que emanan de parte de la entidad estatal para atender este rubro; es decir, las políticas públicas que se diseñan en la materia, se encuentran por lo general constreñidas a la producción de evidencia científica para ser formuladas, tomando en cuenta siempre los datos cuantificables y haciendo uso de la evidencia objetiva para su

desarrollo, muy en consonancia con los paradigmas positivista y biomédico bajo los cuales progresan esta clase de acciones.

En el mismo sentido, también bajo la hegemonía del positivismo y del modelo económico neoliberal (Gallo *et al.*, 2016); el análisis de la política se limita al estudio de su ciclo (Laswell, 1951), en donde se presenta como un objeto de análisis que puede ser subdividido en varias etapas, las cuales se pueden estudiar separadamente como estructuras secuenciales. No obstante, en este rígido ejercicio, escapan categorías esenciales que no son observables empíricamente, como los juicios de valor, los intereses y los contextos (Salas, *et al.*, 2012). En general, las críticas a esta idea del ciclo, se refieren a que lo tradicional de su secuencia, se inclina hacia políticas aisladas que luego se traducen en sobrerregulación, empalme de controles inefectivos, aversión al riesgo, desarticulación de políticas, así como resistencia a la innovación, además de protocolos repetitivos en la rendición de cuentas (Pardo y Cejudo, 2016) en cita de (García, 2014).

De manera que, en ocasiones; ni la agenda, el diagnóstico, la formulación o evaluación de políticas públicas, como parte del proceso de diseño de estas, constituyen etapas estrictamente secuenciales, sino que suelen traspolarse entre sí (García, 2014). Es decir, que la configuración metodológica y secuencial del ciclo de políticas públicas, muchas veces no se corresponde con la aleatoriedad y las particularidades complejas de los hechos que las motivan, por lo que la capacidad real de estas acciones para contribuir a la solución de los problemas relacionados con la proliferación del trastorno depresivo en México, podría quedar en entredicho, máxime, si se consideran algunos de los más importantes estudios científicos en la materia, que señalan que “la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales” de cada ser humano. (Berenzon, *et al.*, 2013, p. 75). Así que, desde estas nuevas realidades, los enfoques de análisis de políticas, deberán hacer énfasis en la llamada función cognitiva de la acción pública (Fuenmayor, 2014), que subraya el papel de las ideas y de las representaciones sociales, en el estudio y análisis de esta clase de acciones, o bien, y como lo señala García (2014); incursionar en las

más recientes tendencias de los enfoque alternativos en el análisis de esta clase de acciones, como por ejemplo en las llamadas ciencias del comportamiento, donde se estudian las reacciones en la conducta de los individuos, cuando estos son la población objetivo de una estrategia de gobierno. Desafortunadamente, poco se piensa en términos de movilización de recursos hacia el elemento humano y su acción social, pues se asume que los sujetos son agentes pasivos y no se investigan ni se toman en serio sus prácticas de resiliencia o afrontamiento a sus problemas de salud.

Muller (2006), en Fuenmayor (2014), nos dice que; las políticas públicas son mucho más que solo procesos de decisión en los que participan determinados actores, y que en su lugar constituyen el sitio en donde una sociedad dada, construye su relación con el mundo. Por consiguiente, las políticas deben analizarse como procesos a través de los cuales, se elaboran estas representaciones de las que la sociedad se allega para entender y actuar sobre la realidad, tal como socialmente las percibe. Una de las áreas de investigación con posible mayor impacto, será aquella que aspire a cruzar las fronteras de los métodos y las disciplinas clásicas actuales, soslayando la división entre los pacientes y el personal de la salud, entre la comunidad y el centro de atención primaria a la salud. Dice Fontaine (2015) que, para poder seguir considerando útil al análisis de políticas, se requiere de un cambio de enfoque: “del análisis de las políticas como procesos lineales de toma de decisiones, al análisis de estas acciones como productos de las interacciones que constituyen la acción pública” (p. 6).

En este escenario, cabe mencionar que el modelo comunitario de salud mental, hasta hace poco tiempo no estaba conceptualmente bien definido desde el punto de vista teórico, sino más bien se refería a una forma integral de interpretar a la depresión y otras enfermedades mentales, “desde una perspectiva de acción, con una serie de elementos comunes que giran en torno a la distribución del poder y con énfasis en los factores sociales, entre los que se incluye como uno de los más relevantes a la pobreza” (Hormazábal y Riquelme, 2009, p. 246). Vale la pena resaltar, que la descripción anterior es más que coincidente con los fines del sociocriticismo, incluso, parece describir al mismo enfoque, encontrando así validaciones teóricas para continuar respaldando nuestra tesis. Ergo; se trata de proponer, como el mismo Fontaine (2015) lo nombrara:

una mínima revolución epistemológica a la disciplina de la ciencia política, particularmente en el análisis del proceso de las políticas públicas, condensado en una secuencia cíclica. Esta idea pretende ser superada por una propuesta que no solo tome en cuenta la evidencia cuantificable, producto de las evaluaciones públicas para hacer políticas que combatan problemas como el de la depresión en México, sino también, que consideren a este trastorno, como variable dependiente (y no a la inversa), del contexto social.

Es en este espacio, en donde encuentran cabida enfoques como el que propone la Teoría sociocrítica (Alvarado y García, 2008), una perspectiva sociológica, si bien es cierto, como instrumento teórico no precisamente fue diseñado para aplicarse en los procesos de política pública, sino más bien como una alternativa de análisis de la sociedad, su tratamiento puede ser replicado a la hora de analizar al proceso o ciclo de esta clase de acciones. Desde la Teoría sociocrítica (Vera y Jara, 2018), la política pública se concibe más bien como una herramienta de análisis y diagnóstico de la realidad social, que incorpora una perspectiva social y participativa para una comprensión innovadora de la depresión como problema de salud pública, y en donde el fomento de la participación de la ciudadanía en el proceso de diseño de esta clase de acciones, tiende a la solución de problemas a partir de la iniciativa del propio individuo, consolidando así el fin teleológico de la tesis: la emancipación del ser humano.

En el enfoque sociocrítico, la política pública representa una alternativa de análisis de la sociedad actual en donde los sujetos destinatarios de esta clase de acciones, participan activamente para modificar las condiciones de vida que les oprimen, destacando la necesidad de integrar a las personas que sufren problemas mentales, mediante programas de apoyo para la provisión de empleo, educación, vivienda, participación social, reducción del estigma asociado (Campos *et al.*, 2016). Siguiendo el mismo estudio, en opinión de estos investigadores, las personas con problemas de salud mental pueden desempeñar un papel importante en la sociedad, sobre todo tratándose de su propia atención; ello, debido a sus experiencias personales, que los hacen empatizar mejor con las personas que sufren problemas similares, desarrollando así,

nuevas formas de gestión en relación con las prácticas de atención para esta clase de trastornos.

Ergo; nuevos modelos de atención y análisis de políticas, que contemplen la atención y el manejo primario de la depresión, así como el abatimiento de las barreras en el entendimiento de los factores socioculturales son urgentes, ya que la complejidad que envuelve a fenómenos como el de la depresión, su etiología, comorbilidad, y demás factores asociados, así como las mejores prácticas para su atención, evidencian los déficits y limitaciones que actualmente existen para interpretar esta clase de fenómenos.

6. Marco normativo

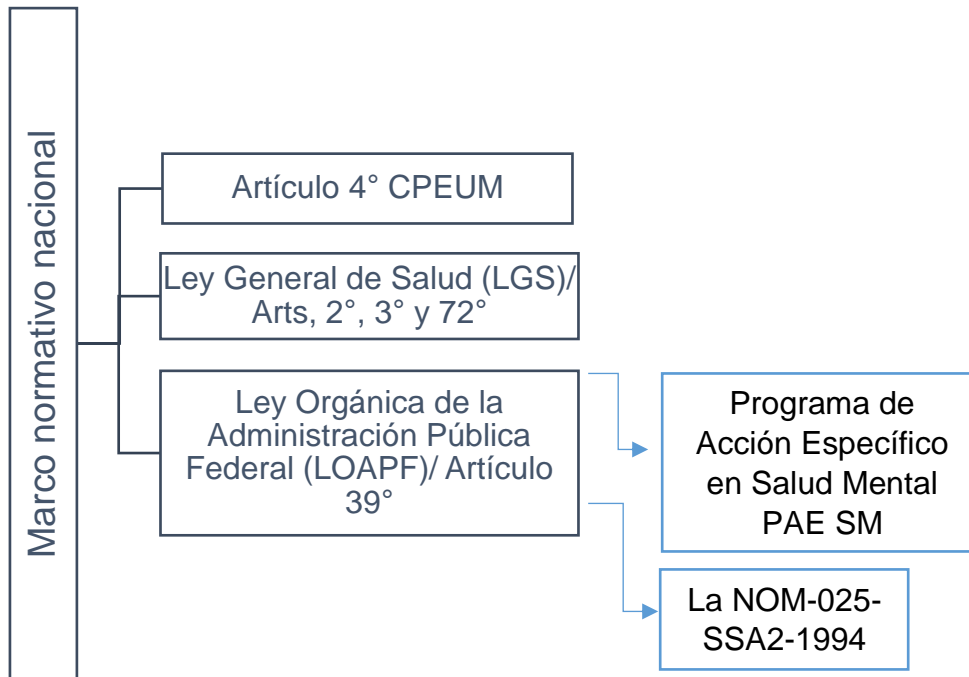


Figura 2. Marco normativo nacional. Elaboración propia.

6.1 Marco normativo nacional

La normatividad jurídica en materia de salud mental está sustentada en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 2018), que a la letra indica:

Artículo 4° (CPEUM, 2018). - Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

La Ley General de Salud, en su Artículo 1° Bis señala:

“Se entiende por salud mental, el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos conductuales y, en última instancia; como el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”

El mismo ordenamiento (LGS); en sus artículos 2° y 3° estipula los propósitos que se persiguen con la protección del derecho a la salud mental, así como lo que habrá de ser considerado materia de salubridad general. En 1984, con la expedición de la norma, se incluyó el Capítulo de Salud Mental (capítulo VII), que contiene lo referente a este rubro.

Artículo 3°, fracción VII de la LGS. - “En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: (...) la salud mental.”

También dentro del mismo ordenamiento, el precepto 72, al respecto menciona:

Artículo 72 (LGS). - Se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos conductuales y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación (Ley General De Salud LGS, 2017).

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF); en su artículo 39 dispone lo siguiente:

Artículo 39 (LOAPF, 2018). - A la Secretaria de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente y coordinar los programas de servicios

a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

Ahora bien; derivado de este precepto, se desprende el documento que contiene la mayoría de acciones, programas y demás empresas direccionadas al combate de la depresión pública en México y que, a su vez, pueden ser consideradas ejemplo de la política del estado mexicano en este aspecto:

d) El Programa de Acción Especifico. Salud Mental (PAE), (2013-2018)

Procedente del ejercicio de las atribuciones que competen a la Secretaria de Salud, desde el año 2001, se crea en coordinación con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA); el Programa de Acción Especifico de Salud Mental, cuya base se sustenta siguiendo los lineamientos del Modelo de Atención en Salud Mental: Miguel Hidalgo, bajo el lema que propusiera la OMS de que no hay salud, sin salud mental (OMS, 2016). Particularmente; en este trabajo de tesis se revisa el documento PAE SM, contemplado para el periodo 2013-2018, por ser el de mayor vigencia y toda vez que el programa correspondiente a la actual Administración Federal, aún no se haya publicado.

El documento pone énfasis en la promoción de la salud mental y en la prevención de los trastornos mentales, como una estrategia efectiva para reducir la carga de estos, toda vez que sostiene la premisa de que la detección y atención temprana de tales patologías, pudiera a bien mejorar la calidad de vida de las personas y los costos de atención en el sistema de atención médico, reduciendo con ello la carga de la enfermedad en el país. Según el Programa, las estrategias, las líneas de acción e indicadores se han elaborado tomando en cuenta las características específicas de México, así como la situación de la Salud Mental en el mundo (SSA, 2014). El PAE SM, tiene por órgano interno principal al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), el organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, así como de llevar a cabo la planeación,

supervisión y evaluación de los servicios en esta área a nivel nacional, con la finalidad de instrumentar las acciones de salud mental e integrando el enfoque de respeto a los derechos humanos. En 2004 el STCONSAME se reconoció como el órgano rector de la salud mental en el país, cuyas atribuciones se encuentran establecidas en el artículo 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

b) NOM-025-SSA2

México desde 1995 cuenta con un documento normativo encargado de regular la prestación de los servicios de asistencia sanitaria y rehabilitación en las Unidades de Atención Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, como herramienta auxiliar a la Ley General de Salud.

6.2 Marco normativo internacional

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2017); define la Salud Mental como:

“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Los “Principios para la Protección de los enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental”, la “Declaración de Caracas”, los “Principios de Brasilia” y el “Consenso de Panamá”; orientan la protección específica de los derechos de las personas en el ámbito internacional, dichos instrumentos, aún y cuando no son vinculantes, guían tanto a la política como a los programas y servicios de salud, con la introducción de enfoques hacia la atención de los derechos humanos y la atención comunitaria. La “Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”; es un valioso instrumento que promueve, protege y asegura el goce pleno y en condiciones de igualdad y equidad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, y promueve el respeto de su dignidad inherente (SSA, 2014).

7. Descripción metodológica

7.1 Enfoque teórico-metodológico

En este apartado, se procura indicar la orientación metodológica que se llevó a cabo, para conocer e interpretar la realidad del fenómeno o problemática abordada; a saber, la depresión como problema de salud pública en México, y las políticas públicas por parte del ente estatal, erigidas para su atención.

Durante todo el trabajo, hemos dado cuenta de la complejidad que caracteriza a este problema de salud. En virtud de esta denotada cualidad, se optó por realizar un estudio mixto, ya que como la mayor parte de la doctrina en metodología de la investigación lo indica: “cuando las preguntas de investigación son complejas, la combinación de los métodos permite darle profundidad al análisis y comprender mejor los procesos de enseñanza y aprendizaje, máxime en las ciencias de la salud” (Hamui, 2013, p. 211). Fernando Wagner y colaboradores, en su estudio del año 2012, destacan que “la mezcla de métodos cuantitativos y cualitativos, es una excelente estrategia para entender la experiencia de la depresión desde diferentes marcos conceptuales”. Además, la motivación para trabajar con métodos cuanti-cualitativos, según este trabajo, deviene de que los actuales abordajes tradicionales, están en entredicho en virtud de que estas intervenciones, no han creado el impacto esperado en la salud pública (Wagner et al., 2012, p. 8). En Haro (2010); también se recomienda la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas, incorporando sobre todo las voces de los actores sociales (pacientes, médicos, personal de atención, etc.), que son relevantes en la definición y gestión de estos problemas.

Esta es la razón, por la cual se recurrió a la utilización del método Delphi (Dalkney y Helmer, 1948), ya que esta, es una metodología de análisis que por virtud de sus múltiples validaciones (rondas), permite combinar ambas metodologías (cuali y cuantitativas), siendo también útil, a la hora de extraer el conocimiento colectivo de un grupo de expertos en el estudio de realidades sociales complejas (Valente, Castellani,

Lars y Aro, 2015). El estudio fue diferido en dos rondas; se combinaron elementos de tipo cualitativo- interpretativo, integrando métodos y técnicas que destacaran la comprensión e interpretación de la realidad (durante la primera intervención), con elementos estadísticos para el procesamiento de estos datos en la segunda ronda. El método Delphi no solo permite esta fusión, sino que su funcionalidad, estriba en ello.

Así mismo, se toma en cuenta el marco teórico de la presente tesis, toda vez que es una práctica correcta en metodología, articular los objetivos, el marco teórico y el marco metodológico, de manera que muestren una especie de sintonía teórico- metodológica. Ergo; la Teoría Crítica, metodológicamente hablando, se caracteriza por inclinarse hacia el espectro cualitativo, ya que adopta la idea de no ser puramente empírica, ni sólo interpretativa, sino de considerar que sus principales contribuciones, se originan sobre estudios comunitarios, nutridos de investigaciones del tipo participante. Al tenor de esta teoría; se presenta una primera aproximación hacia un nuevo enfoque teórico- metodológico en el estudio de la política pública, en donde se incorpora una perspectiva social y participativa que nos acerca a una comprensión innovadora del fenómeno: la política pública como herramienta de análisis y diagnóstico de realidades sociales y también, como instrumento de intervención, en muchas ocasiones, educativo-sanitaria, redireccionando en ese sentido los objetivos y alcances de este tipo de programas, para que contribuyan en el fomento de sociedades más saludables, desde la participación e iniciativa de los propios sujetos destinatarios, para transformar sus realidades.

7.2 Diseño metodológico

7.2. 1 Tipo de estudio

Se trabaja desde un enfoque mixto; porque se integran métodos y técnicas cuantitativos y cualitativos. Se combinan elementos cualitativos, de tipo interpretativo, que permiten destacar la comprensión e interpretación de la realidad, con métodos cuantitativos, derivados de la estadística descriptiva, para el procesamiento de la información.

7.2.2 Técnica de recolección de la información: Método DELPHI

El método Delphi, debe su nombre al “oráculo de Delfos” en la antigua Grecia, una especie de templo al que se acudía para hacer preguntas al dios Apolo a través de una pitonisa (Ortiz, Álvarez, Ruíz y Gascón, 2013, p. 187). Su predecesor es el Método Vaticano, antiguo procedimiento mediante el cual los cardenales buscaban obtener una decisión consensuada, sobre temas esenciales de la religión católica. El primer estudio, cuya metodología era asimilable a la de esta técnica, se desarrolló alrededor de los años cuarenta y se orientó hacia la mejora de predicciones de los resultados en carreras de caballos (Varela, Díaz, y García, 2012). En la misma década, Norman Dalkney y Olaf Helmer, miembros de la Rand Corporation, publican: “An experimental application of the Delphi method to the use of experts”, una versión que es considerada el primer estudio Delphi formal del que tenemos conocimiento (Reguant y Torrado, 2016, p. 88). El experimento fue concebido para consensar la opinión grupal de siete expertos acerca de un tema político-militar, para identificar posibles objetivos industriales estadounidenses y su vulnerabilidad a las municiones soviéticas (Zartha, Montes, Vargas, Gutiérrez, y Hoyos, 2015). Se atribuye al filósofo Abraham Kaplan, quien también formará parte del centro de investigación norteamericano de la Rand Corporation, haber propuesto el nombre de método Delphi para esta técnica (Varela, *et al.*, 2012).

Conceptualmente hablando, Delphi es una técnica de recogida de información, que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada, con el fin de obtener el consenso más fiable del grupo consultado. Los panelistas, son sometidos individualmente a una serie de cuestionarios en profundidad, que se intercalan con retroalimentación de lo expresado por el grupo con cada ronda, de modo que, a partir de una exploración abierta, tras las sucesivas devoluciones (*feed back*), se produzca una opinión que represente al grupo. En ese sentido; este tipo de estudio es más bien una técnica de previsión, que pretende utilizar los datos disponibles y la intuición de los individuos, convenientemente estructurada y canalizada, con el mayor rigor científico posible (Reguant y Torrado, 2016).

Somerville (2008), de nuevo en Reguant y Torrado (2016); lo define “como un proceso iterativo, normalmente de tres o cuatro rondas de preguntas, cada una basada en los resultados de la consulta previa y cuyo propósito es la exploración abierta acerca de un tópico hasta llegar al consenso con las contribuciones repetidas de todo el grupo” (p. 89).

Aludiendo a García y Suarez (2013); se entiende a la técnica Delphi, como un método basado en un panel de expertos, que permite el intercambio y contraste de opiniones y argumentos individuales sobre un tema, para hacer decisiones consensuales (Solveig, Rodríguez, García, Benítez y Fernández; 2019).

En Cabero e Infante (2014), se señala que:

El método Delphi, es posiblemente uno de los más utilizados en los últimos tiempos por los investigadores para diferentes situaciones y problemáticas, que van desde la identificación de tópicos complejos, especificar las preguntas de investigación, identificar una perspectiva teórica para la fundamentación de la investigación, seleccionar las variables de interés, identificar las relaciones causales entre factores, definir y validar los constructos, elaborar los instrumentos de análisis o recogida de información, o crear un lenguaje común para la discusión y gestión del conocimiento en un área científica. (p. 2)

Es, por tanto, de verdadera utilidad para los investigadores de ciencias sociales en general.

Linstone y Turoff (1975), citados por Landeta (2002); lo definen como el método de estructuración de un proceso de comunicación grupal, que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, tratar un problema complejo.

Dalkney (1948) en Varela y colaboradores; proponen cuatro características para configurar al método Delphi:

1. Es un proceso iterativo. - Los expertos participantes en el proceso deben emitir su opinión o respuestas en más de una ocasión. Esto para que, entre una y otra consulta, tengan la ocasión de reflexionar tanto acerca de sus propias opiniones

como de las emitidas por el resto del grupo, lo que lleva a estabilizar sus declaraciones, a la luz de los planteamientos propios o de otros expertos.

2. Anonimato. - Ningún miembro del grupo conoce a quién corresponde una respuesta en particular, o bien, los expertos pueden conocerse, pero no identificar lo que dice cada uno de ellos. Esta característica constituye una de las mayores ventajas de este método, ya que no hay posibilidades de sesgo derivados del prestigio o liderazgo de algún miembro del grupo.
3. *Feed back* controlado. – Antes del inicio de cada ronda, el grupo coordinador transmite la posición de los expertos en conjunto frente al problema o situación que se analiza al resto del panel. Se destacan las aportaciones significativas, acuerdos explícitos entre las opiniones, posturas divergentes y cualquier otra información de interés. Así, la realimentación que es como se traduce la connotación *feed back*, permite la circulación de información entre los expertos y facilita establecer una opinión en común.
4. Respuesta estadística del grupo. - Suele incluirse la solicitud de estimaciones al grupo de expertos, y aún en los casos en los que no se pide en la primera ronda, se procesa la información incluyendo frecuencias y medidas de tendencia central, así como valores de dispersión de las respuestas individuales en las rondas subsiguientes.

El método Delphi, se desarrolla a través de las siguientes etapas o fases, caracterizándose la primera de ellas por ser de tipo cualitativa, mientras que la segunda fase, es por lo general cuantitativa (Varela, *et al.*, 2012; Reguant y Torrado, 2016):

- Fase 1. De definición: De inicio, a partir del problema de investigación identificado, se debe formular el objetivo de la consulta, identificar las dimensiones que deben explorarse e identificar posibles fuentes de información.
- Fase 2. Conformación del grupo o panel: Aquí el grupo coordinador debe determinar el perfil de los participantes, estableciendo los criterios para su inclusión y exclusión, así como su ubicación, también asegurarse de que dispongan de información representativa, tiempo e interés. El grupo o comité

a cargo del estudio debe comenzar a aproximarse con los integrantes potenciales, formularles una invitación para participar y conseguir su compromiso de colaboración. El tamaño de la muestra suele oscilar entre 6 y 30 participantes en función del problema, aunque no es un condicionante, primando siempre la calidad frente a la cantidad.

Al respecto; en Zartha y colaboradores, encontramos lo siguiente:

Cuando se trata de un "Delphi de Política", es deseable incluir una muestra que contemple la inclusión de la más variada gama de sectores sociales, (organización sindical, vecinal, regional, etc.), sectores con poder de decisión (representantes del gobierno), afectados directa o indirectamente, expertos sobre el tema (académicos, investigadores) sectores de distintas corrientes ideológicas y de pensamiento (partidos políticos, personajes importantes con tribuna pública, etc.). (Zartha, *et al.*, 2015, p. 11)

- Fase 3. Ejecución de las rondas de consulta: En este momento, se elabora el cuestionario inicial, compuesto por lo general por preguntas abiertas, como para pulsar de inicio la opinión del experto, pero “en la medida que avanza el proceso tienden a aumentar las preguntas cerradas escalares y de ordenamiento que exhiben el nivel de acuerdo o desacuerdo de los expertos, disminuyendo la dispersión” (Reguant y Torrado, 2016, p. 96).

En muchos de los ítems o declaraciones, se les solicita a los expertos (Varela, *et al.*, 2012):

- a. Jerarquizar sus declaraciones, con indicaciones precisas, generalmente por orden de importancia en relación con la situación del estudio.
- b. Valorar las declaraciones o reactivos, ofreciendo puntuaciones de acuerdo a una escala definida, por lo general del tipo Likert.
- c. Comparar declaraciones, ítems o reactivos, en forma de pares, de acuerdo a un criterio establecido.

El cuestionario se responde por los expertos y se envía de vuelta al grupo. Se deberán categorizar y ordenar las respuestas en función del grado de acuerdo, ya que estos resultados serán el punto de partida para las opiniones posteriores. Luego, se

analiza la información y se elaboran tantas rondas como sea necesario para producir el consenso o, en todo caso el disenso, que responda a los objetivos del estudio. Por lo general, el criterio práctico para finalizar el proceso, es utilizar dos o tres rondas, aplicando siempre algún criterio estabilizador.

- Fase 4. Informe de resultados: En la comunicación de resultados se deben incluir: la descripción del estudio (objetivos, método, cuestionarios), las características del panel de expertos, la manera en que las respuestas de los expertos en las distintas rondas fueron evolucionando, las opiniones mayoritarias, el nivel de consenso alcanzado y aquellas posiciones significativas no mayoritarias

Para el tratamiento de estas respuestas, frecuentemente se calcula la tendencia central de los valores asignados a cada reactivo por cada experto, y se reordenan en función de los valores medios obtenidos (media, mediana, moda, máximo, mínimo, desviación típica y cuartiles) (Reguant y Torrado, 2016).

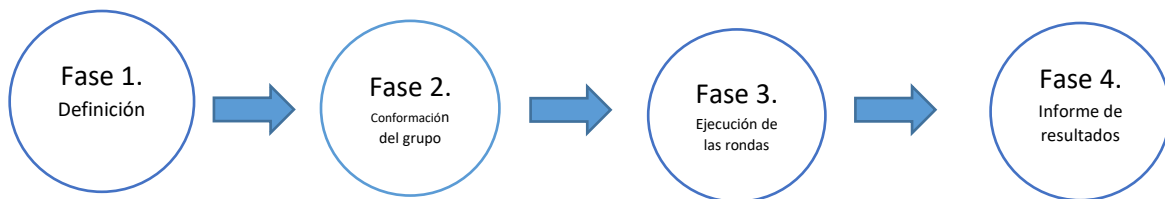


Figura 3. Fases del Método DELPHI.

Creación propia, con información de Reguant y Torrado (2016).

Desde 1980, el Delphi se mantiene en una etapa de continuidad. McKenna, de mención en Varela y colaboradores; encontró cerca de 1000 investigaciones publicadas utilizando esta técnica desde que fue creada. También, se ha revisado el periodo de 1975 a 1994 y se encontraron 463 artículos publicados, distinguiéndose hasta tres áreas de aplicación: salud, educación y administración.

Algunas dificultades encontradas en los estudios Delphi, son la imposición de ideas preconcebidas sobre los expertos y las deficientes técnicas de resumir y presentar las respuestas del grupo coordinador (Varela, *et al.*, 2012). También es cierto, que la técnica consume demasiado tiempo (un promedio de 45 días), así como que, debido al número reducido de participantes (entre 6 y 30), el método no está destinado a producir

resultados estadísticamente significativos. De lado de los pros, existen varias razones para estimar que esta técnica es una herramienta de investigación con un enorme potencial en el contexto de los servicios de salud, por ejemplo, ya que ha demostrado ampliamente ser un método útil y flexible para alcanzar consenso en áreas de incertidumbre o de falta de evidencia empírica, es decir, ante problemas complejos. La relevancia de los encuestados (su pericia), es lo que le asigna al grupo características especiales, por lo tanto, “es la técnica que mejor se adapta a la exploración de elementos que supongan una mezcla de evidencia científica y valores sociales” (Webler, Levine, Rakel, y Renn, 1991) en (Reguant y Torrado, 2016, p. 91). Actualmente se pueden encontrar estudios que utilizan el método Delphi en todos los campos del saber: medicina, tecnología, ciencias sociales, educación, política, etc.

7.3 Participantes

7.3.1 Universo y muestra

Ronda 1. (Cualitativa- interpretativa). - En la primera ronda del estudio, participaron un total de 17 expertos; 8 mujeres y 9 hombres, constituyendo un grupo heterogéneo en cuanto a formación y experiencia profesional: 5 Académico- Investigadores (con profesiones diversas), 5 Psicólogos, 1 Trabajadora social, 1 Licenciada en Educación para la Salud, 1 Maestra en ciencias, 1 Médico general y 1 Médico técnico laboratorista, así como 1 Licenciado en enfermería, y por último 1 Arquitecto. Los panelistas, son originarios del Estado de México, de la Ciudad de México, Toluca, Puebla y Veracruz, por citar las residencias más comunes.

Ronda 2. (Estadística- descriptiva SPSS 25). - Al aceptar la invitación de ser partícipes en el estudio, los expertos adquirirían el compromiso de participar en la primera y segunda rondas, de tal suerte que, para la segunda intervención o Ronda 2, participaron 16 de los 17 expertos que atendieron la solicitud de inicio, lo cual da cuenta de una mínima deserción en el panel.

7.3.2 Criterios de inclusión

- Aquellos sujetos que fueran expertos en el estudio, procesos de gestión o diseño de políticas públicas sociales, preferentemente relacionadas con la salud colectiva.
- Expertos que hayan firmado el conocimiento informado por escrito.

7.3.3 Criterios de exclusión

- Aquellos sujetos que no fueran expertos en el estudio, procesos de gestión o diseño de políticas públicas sociales, preferentemente relacionadas con la salud colectiva.
- Expertos que no hayan firmado el consentimiento informado por escrito

7.3.4 Criterios de eliminación

- Expertos que hayan entregado información incompleta o deficiente
- Expertos que hayan declinado su participación durante la primera o segunda ronda

7.4 Procedimiento de intervención

La investigación o estudio Delphi fue desarrollada a través de siete fases:

- Fase 1. Reunión presencial del comité interno de asesores del estudio (o grupo coordinador):

En ella, se discutieron los elementos para la selección del panel de expertos y para el desarrollo del instrumento de recolección de datos. El Comité acordó realizar el estudio Delphi mediante dos rondas. Además, se decidió convocar a 20 panelistas que fueran expertos en el estudio, procesos de gestión o diseño de políticas públicas sociales, preferentemente relacionadas con la salud colectiva.

- Fase 2. Elaboración de un Portafolio de trabajo:

Dispuesto para su utilización durante la primera ronda, este instrumento albergaba diversos contenidos que constituían más bien, una especie de coadyuvante en la

resolución del primer cuestionario CU- ASPPDM- DELPHI. El instrumento fue distribuido vía correo electrónico y de forma impresa (cuando se concertaba previa cita) durante el mes de abril de 2019.

- Fase 3. Primera consulta a expertos para la validación de las declaraciones.

Se solicitó a los panelistas que revisaran el Portafolio de trabajo dispuesto para su uso en la Ronda 1 y que primero; identificaran el documento relativo al Consentimiento Informado y procedieran a su llenado. Con la certeza, de hallarse el consentimiento debidamente rubricado, se solicitó a los participantes revisar los contenidos del Portafolio y en seguida, responder a los ítems contenidos en el primer cuestionario de nombre CU- ASPPDM-DELPHI. Se concedió a los panelistas un periodo aproximado de dos meses, entre abril y mayo de 2019, para el llenado del cuestionario y su envío de vuelta.

- Fase 4. Análisis crítico de las respuestas de la primera intervención, elaboración del Informe preliminar de resultados (*feed back*) y construcción de un segundo cuestionario, estructurado sobre la base de las respuestas de la Ronda 1:

Con los cuestionarios de los participantes que accedieron a la convocatoria lanzada de inicio, resueltos y de vuelta; se procedió a efectuar sobre ellos un análisis crítico en función de la Saturación de discurso (Hernández, Fernández y Batista, 2010) y otras herramientas metodológicas, de las que se da cuenta en el apartado correspondiente, con el objeto de identificar las declaraciones con mayor nivel de consenso/ disenso, así como las más representativas, y exponerlas al panel mediante un informe preliminar de resultados, mismo que se distribuyó vía correo electrónico durante el mes agosto de 2019. De manera simultánea a la distribución del informe de resultados, fue enviado para su contestación, un segundo cuestionario: el CU- II- ASPPDM, cuyo contenido se construye sobre la base de las declaraciones más sobresalientes producto de la primera ronda del estudio y cuyo objetivo más principal, fue la concreción final de los consensos y el esbozo de una opinión representativa del grupo sobre las temáticas abordadas.

F5. Segunda consulta a expertos para la validación de las declaraciones de la Ronda 1:

Se solicitó a los participantes, revisar el Informe Preliminar de Resultados de la primera intervención del estudio Delphi, que contenía la exposición textual y gráfica de

los resultados obtenidos durante este momento. Así mismo, contestar el cuestionario CU- II- ASPPDM para validar los ítems ahí contenidos, concediendo para ello un plazo de 60 días, entre los meses de agosto y septiembre de 2019. Concluido el cuestionario, los panelistas debían enviarlo al correo del grupo coordinador de vuelta para su análisis.

F6. Análisis de las respuestas al segundo cuestionario y concreción de consensos y/o disensos:

Se procedió al análisis de los datos recolectados durante la segunda ronda, a través del cuestionario correspondiente. El examen de las respuestas de los participantes fue procesado con el auxilio del software SPSS 25, tendiente a identificar las declaraciones con mayor nivel de consenso o bien, de desacuerdo y una opinión grupal en relación con la problemática abordada.

Se calcularon la media, la mediana y la desviación estándar de las puntuaciones de las declaraciones, y las mayormente sobresalientes se ordenaron según dichos valores.

F7. Exposición de resultados:

Mediante la exposición textual, gráfica y numérica de los datos.

Método DELHI (Dalkney y Helmer, 1948)

Secuencia metodológica/ 7 fases:

Fase 1.

Diseño del estudio y selección del panel de expertos.

Fase 2.

Desarrollo del Portafolio de trabajo y del cuestionario CU- ASPPD-DELPHI
Con base en el método ALOP (Corzo, 2012)

Fase 3.

1 era Validación por expertos

Fase 4.

Análisis crítico de la primera ronda por medio de la Saturación discursiva/ (Hernández *et al.*, 2010)

Elaboración de 1er Informe de resultados y

Edición del Segundo cuestionario CU- II- ASPPMDM (Likert) Envió 2° Ronda

Fase 5.

2da validación por expertos

Fase 6.

Análisis estadístico de la segunda ronda SPSS 25

Fase 7.

Concreción de los consensos o disensos y exposición final de resultados

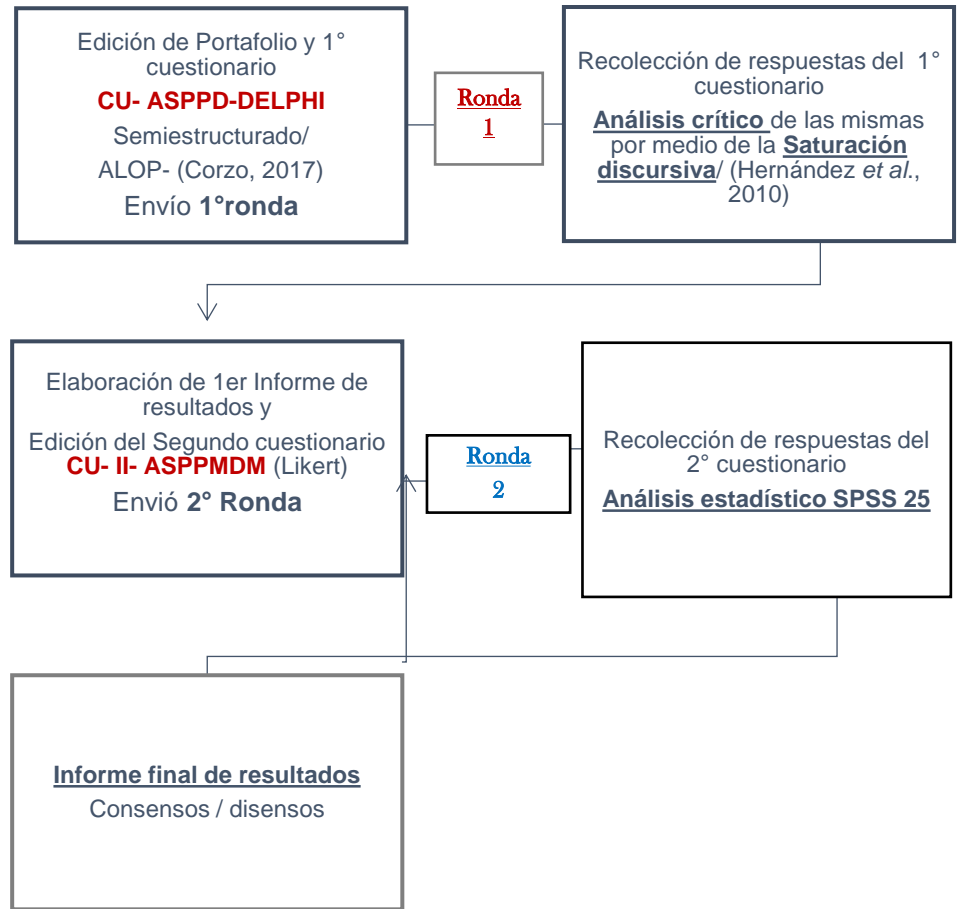


Figura 4. Estudio DELPHI en el Análisis Sociocrítico de las Políticas públicas en materia de depresión en México
Elaboración propia con información de (Blasco, López y Mengual; 2010)

7.5 Instrumentos de recolección de la información (cuestionarios)

7.5.1 Ronda 1. Cuestionario de intervención CU- ASPPDM- DELPHI

El CU- ASPPDM- DELPHI, fue diseñado para intervenir durante la primera Ronda del estudio. Este cuestionario se construyó a partir de metanálisis notables relacionados con el fenómeno de la depresión como problema de salud pública en México, así como de la operacionalización del marco teórico de la presente tesis.

Se elaboró una lista inicial de declaraciones, expuestas en un cuestionario de 33 ítems contenidos en un sistema de tres categorías:

- 1ª Categoría de análisis: La depresión como problema de salud pública y el Programa de Acción Específico en Salud Mental PAE SM 2013 -2018
- 2ª Categoría de análisis: El análisis de las Políticas públicas en materia de depresión en México desde un enfoque Sociocrítico
- 3ª Categoría de análisis: Marco normativo y prácticas internacionales

Este instrumento, fue construido con base en el método ALOP (Análisis, Liderazgo, Organización y Política) para el análisis de las políticas públicas de Julio Franco Corzo, en 2012, así como de otros doctrinarios notables en el rubro. El objetivo principal de las declaraciones del cuestionario, era analizar a la depresión como problema de salud pública en México y a las políticas públicas que se mostrasen incluyentes con este fenómeno; en este caso, se analizó al Programa de Acción Específico de Salud Mental PAE SM, particularmente el documento publicado durante la administración federal 2013-2018, por ser la política pública de mayor vigencia en el país, direccionada a la atención de padecimientos como la depresión entre la población mexicana, aunque no de modo exclusivo, toda vez que dicho programa se dirige más bien al cuidado de la salud mental en general (SSA, 2014). También, se sometió a la valoración de los expertos, la posibilidad de analizar esta clase de acciones desde nuevos enfoques teóricos, como el propuesto por la llamada teoría Sociocrítica (Vera y Jara, 2018; Gil, León y Morales, 2017; Alvarado y García, 2008), así como el análisis de las mejores prácticas a nivel nacional e internacional.

La pertinencia y exhaustividad de dichos enunciados, fueron evaluados por el grupo coordinador y también, por un cuarto experto, con experiencia en estudios de política pública con análisis de tipo estadístico. Cabe hacer mención en este apartado, que tratándose de la técnica Delphi, no existe pilotaje ni alguna otra práctica de validación, toda vez que la consulta a expertos de forma reiterada en dos o más rondas, es por sí misma, una técnica de rigurosa validación.

7.5.2 Ronda 2. Cuestionario de intervención CU- II- ASPPDM

Las declaraciones que obtuvieron mayor consenso en la primera intervención o ronda 1; es decir, las más representativas, sirvieron de base para la construcción de un segundo cuestionario, estructurado sobre la base de una escala tipo Likert (Likert, 1932) y (Nadler, Weston y Voyles, 2015), en (Matas, 2018) y, siguiendo a (Riaño y Palomino, 2015), cuyo propósito más principal, fue la concreción de los consensos/ disensos previstos en la primera intervención.

Esta vez, se elaboraron 12 ítems contenidos dentro de tres categorías:

- Primera categoría: El problema
- Segunda categoría: La política
- Tercera categoría: La norma

Cada ítem fue valorado mediante una escala ordinal de 5 puntos, con 5 áreas de respuesta que, básicamente, graduaban el nivel de acuerdo o desacuerdo con las declaraciones expuestas: (muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo). Hubo también, algunos cuestionamientos con respuestas dicotómicas (sí/no) para medir de forma más cerrada el consenso.

7.6 Plan de análisis

Ronda 1. (Cualitativa- interpretativa). - Durante la primera intervención; se buscó la opinión de un grupo de expertos, en relación con la depresión como problema de salud pública en México, respecto a las políticas públicas incluyentes con este fenómeno (Programa de Acción Específico Salud Mental PAE SM) (2014), y en torno a la posibilidad de analizar esta clase de acciones desde nuevos enfoques teórico- metodológicos como el propuesto por la Teoría Sociocrítica (Vera y Jara, 2018). Las respuestas del panel, fueron analizadas críticamente, con el auxilio de la Saturación de discurso (Hernández, *et al.*, 2010), en función de la homogeneidad y unidad gramatical de los textos. Se consideró saturado el discurso cuando en la respuesta a uno de los ítems, no surgieron nuevas ideas sobre el objeto de estudio. De este modo, mediante este recurso, el discurso se analiza no sólo en la interacción verbal y en las formas habladas, sino

especialmente en los textos, en donde vehicula ciertas representaciones de la subjetividad (Parker, 1992) en (Gallo et al., 2016).

Por último, se hizo acopio de la estadística de medidas de tendencia central (Hsu y Sandford, 2007), sobre todo en la exposición numérica, y en ocasiones gráfica de los resultados.

Ronda 2. (elementos estadísticos para el procesamiento de la información). –

Las respuestas y los datos recolectados durante esta segunda intervención, fueron analizadas con el Software SPSS 25. Para el análisis e interpretación de los datos se calcularon la media, la mediana y la desviación estándar de las puntuaciones de las declaraciones en individual, contenidas en el segundo cuestionario y las mayormente sobresalientes, se ordenaron según dichos valores, considerándose consensuadas. Un ítem se consideró consensuado, cuando existía concordancia; es decir, cuando al menos el 70% de los expertos puntuaron su respuesta dentro de la región de la mediana común (Campos, Sousa, Rodríguez, Marques, Quéiros y Dores, 2016), (Plaza, Quirce, Delgado, Martínez y Pérez, 2016).

Mediante este segundo y último cuestionario de intervención, se buscó concretar una opinión consensuada y representativa del grupo en torno a la depresión como problema de salud pública en México, en relación con las políticas públicas erigidas para su atención por parte del Estado, como lo es el caso del Programa de Acción Específico en Salud Mental PAE SM, así como la opinión a nivel grupal, respecto a la posibilidad de utilizar las bases teóricas del sociocriticismo, como herramienta alterna de análisis frente a las formas tradicionales de analizar a la política pública, es decir, frente a la idea del ciclo.

7.7 Consideraciones éticas

La presente investigación, se conduce en su aspecto ético y moral, por estándares internacionales y nacionales que lideran el marco normativo bajo el cual, prolifera el desarrollo en ciencias sociales. A saber, son los siguientes:

- En el marco internacional: El Código de Núremberg (1947).

El Código de Núremberg; “fue elaborado durante el juicio a los principales dirigentes nazis por los crímenes cometidos durante la segunda guerra mundial” y publicado el 20 de agosto de 1947 (Luna, 1998) en (Santi, 2013, p. 31). El texto, tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado. (Santi, 2013).

A continuación, se enuncian algunos de los principios contenidos en dicho documento y qué para esta empresa, resultan los más representativos:

1. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
2. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad.
5. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave.
7. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
9. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

- La Declaración de Helsinki (1964).

La Declaración de Helsinki; fue redactada por la Asociación Médica Mundial en 1964, con el fin de establecer una guía en la investigación biomédica. Se trató más bien, de una propuesta basada en principios éticos que fungieron, como criterios orientadores útiles a los médicos y a todas aquellas personas, que realizan investigación médica en seres humanos, convirtiéndose así, en un documento que autorregula a la comunidad médica (Santi, 2013).

Principios que contiene la Declaración de Helsinki:

- Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos

internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

- En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.
- Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

- Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), se dispuso, en cooperación con la Organización Mundial de la Salud, a preparar las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, cuyo objetivo era (y sigue siendo) proporcionar principios éticos aceptados a nivel internacional para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos:

Pauta 1: Consentimiento informado.

Pauta 3: Obligaciones de los investigadores con respecto al consentimiento informado.

Ahora bien; por lo que toca al marco normativo a nivel nacional, los siguientes cuerpos legales, norman en lo conducente a la materia y a la letra enuncian:

- En la Ley General de Salud (LGS), en su Título Quinto, Capítulo Único, en los cardinales 96° Y 100°, a la letra expone:

ARTÍCULO 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

Así mismo; se retoma el Reglamento de la Ley General de Salud, en este caso, en materia de Investigación para la Salud, a fin de hacer énfasis en el llamado consentimiento informado y los aspectos a considerar en dicho procedimiento.

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud/Título segundo: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos/ Capítulo I:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a (...) I. Los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél (...), VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, y VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad (...)

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables; II. Revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación, en este caso, fungirá esta función el comité tutorial

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Por último, es menester hacer mención de que el trabajo de investigación que actualmente se desarrolla, se conduce bajo las directrices de la Maestría en Sociología de la Salud. En ese sentido, dicho posgrado se rige de forma obligada, por determinados principios bioéticos a los cuales se sujeta toda investigación científica en la que participen seres humanos.

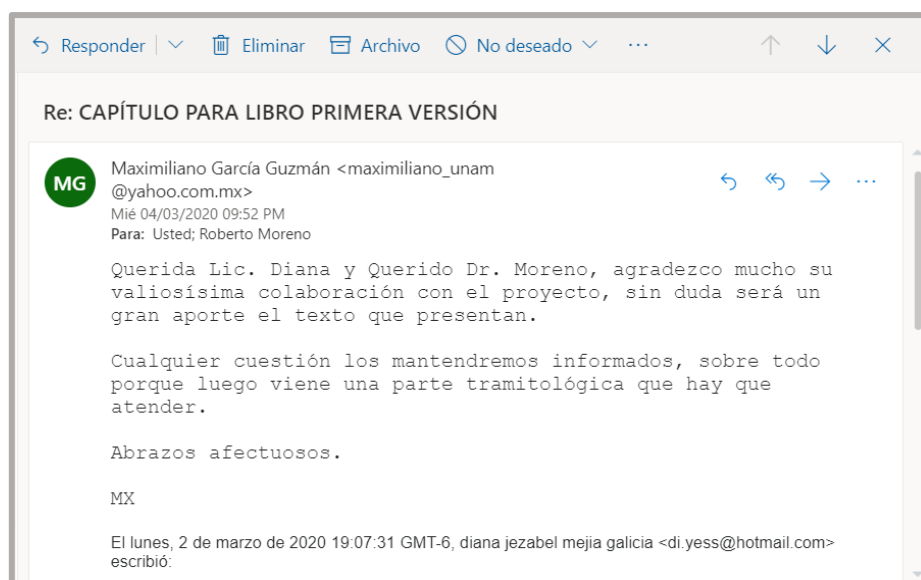
Así, y al tenor de lo expuesto en el Cardinal 17° fracción II, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, la pesquisa que se pretende representa un riesgo mínimo, toda vez que es este un estudio prospectivo, que empleará el uso de los datos de los participantes, a través de procedimientos comunes. No obstante, nuestra empresa se apoya de este instrumento (Consentimiento informado), mismo que se adjunta como (ANEXO 1) en el apartado correspondiente. Su inclusión garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la presente investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades, como una expresión de la autonomía del paciente.

8. Resultados

8.1 Productos de la investigación

Como parte de las actividades realizadas de modo paralelo al desarrollo de nuestra investigación, y durante el curso del programa de posgrado del cual se desprende la presente tesis; se generaron productos de investigación, los cuales incluyen:

- Un Capítulo de libro titulado: “Análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México”; en estatus de enviado, para colaboración con la obra que lleva por título tentativo: “Tendencias del análisis de políticas públicas. Estudios de caso en México”, bajo la dirección del Doctor Maximiliano García Guzmán, académico e investigador de tiempo completo en la en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México y cuyo sello editorial corresponde a la misma casa de estudios UNAM.



El análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México

RESUMEN. – El análisis de las Políticas públicas en materia de depresión en México, se ha venido sujetando; de acuerdo con los modelos Neoliberal y Biomédico, a la producción de evidencias basadas en el mayor rigor científico, donde se toman en cuenta por lo general los datos duros y los aspectos de tipo cuantitativo, de manera que este es un requisito sin el cual, no se diseñan ni elaboran nuevas políticas de asistencia en la materia. Así mismo, el estudio del proceso de esta clase de políticas, se condensa en la idea del ciclo (García, 2014), una manera de abordar a estas acciones mediante estructuras rígidas y secuenciales que en ocasiones no se corresponden con la aleatoriedad ni complejidad de los fenómenos que las motivan. En el caso de la depresión, la etiología de este trastorno es más bien multifactorial y en su desarrollo confluyen vías de comorbilidad con la mayoría de las enfermedades físicas y también con otras de la misma índole mental (Berenzon et al., 2013), lo cual agrava sobremanera su desarrollo y el de cualquier otro padecimiento concomitante con esta. Además, su relación con la ideación suicida, el estigma social que pesa sobre los sufrientes, los estragos económicos que provoca para estos y sus familias, el escaso presupuesto por parte del Estado para su asistencia, los recursos insuficientes y de difícil acceso destinados a su atención, la producción de políticas públicas ineficaces que desgastan los recursos materiales y humanos de parte del Estado y, tratándose de los métodos para el análisis de estas acciones públicas: los enfoques inadecuados e incompatibles para su estudio e interpretación.

Todos los elementos anteriores, hacen de la depresión un fenómeno complejo y de enorme envergadura, para el que el Estado no ha logrado implementar una estrategia de solución efectiva, que combata el problema de forma integral, abordando a la depresión, por ejemplo, desde perspectivas de interpretación que permitan explicar la naturaleza multicausística que la origina, mediante marcos mayormente holísticos y heurísticos que consideren los planos subjetivos del proceso salud enfermedad del ser humano, máxime cuando se trata de fenómenos prácticamente invisibles como la depresión. Es en este espacio, en donde encuentran cabida enfoques como el que propone la Teoría

sociocrítica (Alvarado y García, 2008), una perspectiva sociológica que, si bien es cierto, como instrumento teórico no precisamente fue diseñado para aplicarse en los procesos de política pública, sino más bien como una alternativa de análisis de la sociedad, su tratamiento puede ser replicado a la hora de analizar al proceso o ciclo de esta clase de acciones. Desde la Teoría sociocrítica (Vera y Jara, 2018), la política pública se concibe más bien como una herramienta de análisis y diagnóstico de la realidad social, que incorpora una perspectiva social y participativa para una comprensión innovadora de la depresión como problema de salud pública y que además, consigue centrar los recursos del Estado, en el empoderamiento y emancipación de los individuos a quienes estas políticas se dirigen, con el fin de que la solución de los problemas de salud pública (específicamente los relacionados con el trastorno depresivo), se solucionen a partir de la iniciativa del propio individuo, consolidando con ello la finalidad teleológica de la tesis sociocrítica.

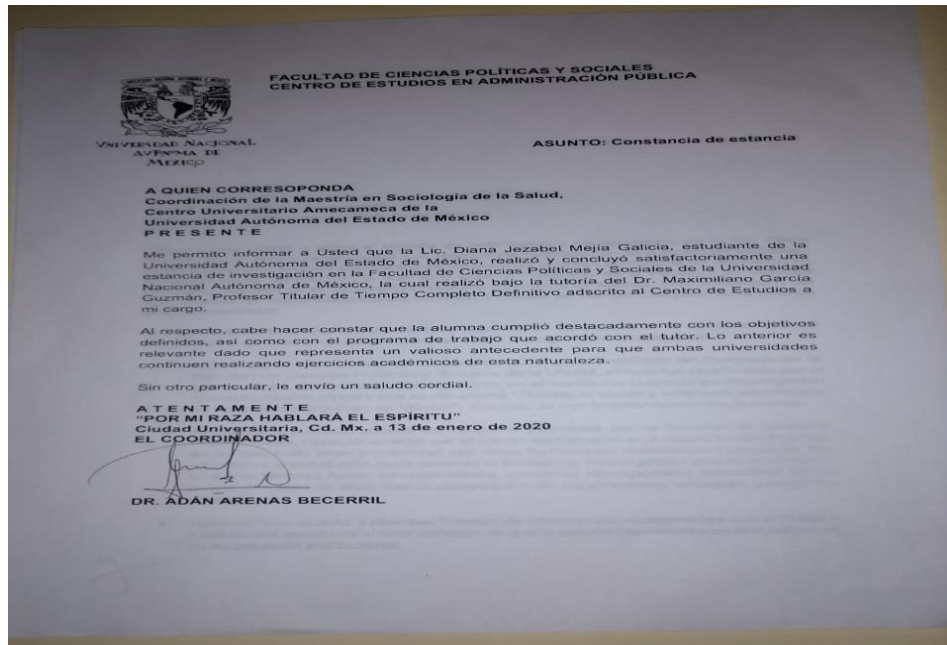
En ese sentido, y para aterrizar formalmente la anterior propuesta se realizó un estudio Delphi (Dalkney & Helmer, 1948), consultando a un panel de dieciséis expertos, que analizaron a la depresión como problema de salud pública en México, y también al Programa de Acción Específico en Salud Mental (SSA, 2014), la política pública en México, direccionada a la atención de la depresión y de otros trastornos de la salud mental en general. También se sometió a la opinión del panel, la posibilidad de analizar el proceso de las políticas públicas en materia de depresión, desde la teoría Sociocrítica. Tras la segunda ronda, se obtuvieron niveles de consenso aceptables a partir de la concordancia de los ítems, donde el 70% de los expertos puntuaban su respuesta dentro o por encima de la región de la mediana grupal (Campos, et al., 2016). Los hallazgos ubican a la depresión pública en México como un problema grave e importante, identificando a la pobreza, a los factores relacionados con las redes de soporte familiar y los asociados a la desigualdad y exclusión social de los sufrientes, como los principales factores que influyen en el acceso y atención de este trastorno en el sistema de salud mexicano. Así mismo, sobre todo por las cifras en relación a su prevalencia, el panel sugiere el diseño de una política exclusiva para abordar la atención del trastorno depresivo, o bien, revisar el proceso de las políticas públicas existentes que se muestren incluyentes con este fenómeno, desde nuevos enfoques teóricos como el propuesto por

la teoría Sociocrítica, configurando con ello un criterio orientador o de consulta en investigaciones futuras que abonen en la materia.

Se concluye que el enfoque sociocrítico como herramienta de análisis del proceso de la política pública en materia de depresión, constituye una alternativa viable en la revisión de estos procesos, validada de forma científica mediante el método Delphi, para ser considerada frente a los modos tradicionales de analizar a esta clase de acciones, por lo general constreñidos en la idea del ciclo, un examen de la política pública más bien clásico, que como señala García, en 2014; es urgente remontar, para transitar hacia una perspectiva más heurística, que reconozca tanto la complejidad de los problemas públicos, como el contexto de incertidumbre y escasez en el que actúan las instituciones públicas. El análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión, coadyuva en una mayor visibilización del trastorno depresivo, a partir del empoderamiento de los sujetos a quienes se dirige, y que representan el recurso humano en el que el Estado centra su atención, con la intención de que sean estos sujetos los que den solución a esta clase de problemáticas a partir de su propia iniciativa. Esta es quizá, su mayor contribución al problema de la depresión pública en México.

Palabras clave: Políticas públicas/ Depresión/ Teoría sociocrítica/ Método Delphi

- Constancia. Estancia de investigación realizada en la División de Estudios Profesionales, DEPRO, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, del 01 de octubre al 15 de noviembre de 2019. Tutor anfitrión: Doctor Maximiliano García Guzmán.



- Constancia. Foro sobre Asuntos públicos nacionales e internacionales”; celebrado en el Centro Universitario UAEM- Amecameca, el 08 y 09 de mayo de 2018. Ponente.



- Constancia. 9° Congreso Internacional “Gobierno, gestión y profesionalización en el ámbito local ante los nuevos retos de nuestro tiempo y del 4° Congreso Mundial “Política, gobierno y estudios de futuro”, con sede en Tulum, Quintana Roo, México y llevado a cabo del 17 al 19 de octubre de 2018. Ponente.



- Constancia. 1°er Simposium de Salud Intercultural “Prácticas curativas para una salud intercultural”, celebrado los días 27 y 28 de junio de 2019, en Nepantla, Estado de México. Ponente.



- **Constancia.** Primer Coloquio “Tendencias del análisis de políticas públicas. Estudios de caso en México”; realizado en el marco del Proyecto PAPIIT IN307919 Teorías actuales y enfoques alternativos de políticas Públicas en México, con sede en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, el 05 de febrero de 2020. Ponente.



9. Discusión general

Las diversas cuestiones que les fueron planteadas a los expertos entrevistados, mediante la aplicación del estudio Delphi a dos rondas, aportan algunas realidades de interés acerca de la problemática abordada:

Con el estudio concluido, fue posible obtener una opinión a nivel grupal en relación con el fenómeno de la depresión pública en México y su atención dentro del sistema de salud mexicano, en donde el 100% del panel, es decir, todos los participantes, consideran por unanimidad a este trastorno, un problema grave e importante de salud pública. Estos resultados, parecen concordantes con otros estudios de mayor rigor metodológico, algunos de ellos, multicitados en la materia, a nivel nacional e internacional. Berenzon y colaboradores, por ejemplo, señalan que: “La depresión constituye un problema importante de salud pública”. El trastorno, según este trabajo, se ubica entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo (Berenzon, *et al.*, 2013, p. 74). Así mismo, en el estudio de Wagner, *et al.*, (2012), se advierte que: a pesar de los grandes avances en el conocimiento de las causas, dimensiones, etiología y alternativas de atención de los trastornos depresivos, “estos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México” (p. 4). Se llega a las mismas conclusiones, en investigaciones extranjeras, como la de Salvo (2014); que señala que, a nivel mundial, la depresión unipolar por sí sola es responsable de la tercera parte de la discapacidad causada por condiciones neuro-psiquiátricas y, por lo tanto, “se convierte en uno de los trastornos mentales más importantes que afrontar” (p. 1158). van den Bosch y Meyer (2019), enuncian: “La depresión es un importante contribuyente a la discapacidad global”. Según el estudio, la etiología de la depresión es compleja, parcialmente desconocida y determinada por múltiples influencias, genéticas, sociales y ambientales, sin embargo, estos factores son a menudo modificables y, por lo tanto, representan objetivos para emprender acciones de salud pública (p. 18.2). Estos y otros estudios (Lahera, Andrade, Gasull, Pagés, y Roca, 2019; Pérez *et al.*, 2017; Vargas y

Villamil, 2016; Londoño y González, 2016; Salazar *et al.*, 2015; Lara *et al.*, 2010; OPS, 2017; OMS, 2016), similares en su objeto de estudio, concluyen en asignarle un carácter prioritario a este problema.

También es cierto que, el panel identifica a los llamados factores biopsicosociales, como las causas más comunes que inciden en la atención de la salud mental de los individuos, además de ser considerados por muchos expertos como (SPL. - “...*inevitables*”), es decir que su aparición, es ajena a la voluntad del sufriente. No obstante, y aquí es que comienza la verdadera discusión, los factores biopsicosociales con los que de manera inmediata se relaciona a este fenómeno, si bien suelen coincidir, ser los mismos de mención en muchos casos por las investigaciones anteriores; comparados con el presente estudio, no se encuentran posicionados en el mismo orden. Es decir, que mientras los trabajos de Berenzón *et al.*, 2013; Londoño y González, 2016; Salazar *et al.*, 2015; Cantero y Ramírez, 2009, atribuyen al género (en este caso, al hecho de ser mujer), el primer lugar dentro de los llamados factores biopsicosociales que inciden de alguna manera en la aparición de la depresión y, por su parte, Fernández y Sánchez (2002), colocan a la condición o estatus social, en el primer lugar de la misma lista; para el caso de la presente investigación, se identifica a la pobreza como el principal factor que influye, no directamente en la aparición del trastorno, sino más bien, en la atención de este dentro del sistema de salud. Esta es pues, la diferencia más sobresaliente entre este y el resto de los estudios de mención, sin omitir claro, las discrepancias por razón del lugar, temporalidad, o bien de la metodología instrumentada, entre muchas otras incompatibilidades. No obstante, la inclusión y consulta de estos trabajos, resultaba obligada en virtud del reconocimiento y pericia, que muchos de estos autores tienen a la hora de hablar de depresión y políticas públicas como las soluciones más pertinentes por parte del Estado.

Así es que, mientras en las anteriores referencias, los principales factores biopsicosociales son asociados con la aparición de la depresión en el proceso salud-enfermedad del ser humano; en este estudio, se exponen a los mismos factores: biológicos, psicológicos y sociales, pero tratándose de su incidencia en la atención del trastorno depresivo, es decir, en relación con el acceso a los sistemas de salud (públicos

o privados) en México. A consecuencia de estas diferencias, y como ya se mencionó, este trabajo identifica a la pobreza como el principal factor con injerencia en la atención de la depresión, a los factores relacionados con las redes de soporte familiar, como el segundo por orden de importancia y, en tercer lugar, a los factores relacionados con la desigualdad y exclusión social hacia este grupo de individuos. Se cumple así con uno de los objetivos principales que se planteara la presente tesis, al identificar a los principales factores biopsicosociales que influyen en la atención de la depresión y otros trastornos mentales y, al tiempo, los hallazgos son coincidentes con estudios como los de Wagner y colaboradores, o los de Sandoval y Richard en 2005; que citan a la OMS para evidenciar de forma científica, que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población” (p. 11), además, de que se ha observado un aumento importante en la demanda de atención por trastornos mentales en las unidades de atención primaria de la Ciudad de México, sin que la capacidad de los servicios de salud se haya incrementado, sobre todo por la escases de recursos y la pobreza estructural que embarga al país, derivando en que la atención de estos padecimientos permanezca relegada (Vargas y Villamil, 2016). Pero, investigaciones como las de González y colaboradores, en 2016; sitúan al lugar de residencia (el vivir en áreas rurales), como la principal variable de acceso a la consulta en atención de salud mental. Estar casado, un factor de los comúnmente llamados psicosociales, representa el segundo factor asociado, y padecer una enfermedad crónica constituye para este trabajo, el último de los factores relacionados con la atención de la depresión, particularmente con la decisión de consultar al médico o no.

Volviendo a nuestro estudio, como líneas arriba se dijo, los panelistas identificaron a los factores asociados con la desigualdad y la exclusión social, como los terceros por orden de importancia, a la hora de hablar de la atención del trastorno depresivo en el sistema de salud en México. Sin embargo, el sentido gramatical de muchas de las respuestas que fueron analizadas críticamente al inicio (Ronda 1), y que responden a cuestionamientos como el siguiente: ¿Considera que, en México las personas que padecen depresión son víctimas de discriminación, sufren de maltrato, son estigmatizadas, marginadas o tratadas de modo diferente por su condición médica?”, dan cuenta, aunque parezca irrisorio, que la percepción de la enfermedad que poseen los

expertos consultados, también se encuentra permeada por esta clase de cargas peyorativas con las que el grueso de la sociedad, asocia a los pacientes con diagnóstico depresivo; respuestas como las siguientes: (DKA. - "...*débiles*"), (ABG. - "...*Ellas mismas se aíslan*", (autoaislamiento)), denotan que la responsabilidad de padecer el trastorno, se adjudica en primera instancia al sufriente y no al contexto, coincidiendo con estudios como los de Lahera y colaboradores, en 2019. Dichas ideas y representaciones, subyacen en la visión de los profesionales de la salud. Para la segunda ronda, declaraciones de contenido similar, se retoman con el objetivo de dilucidar las discrepancias de opinión y el ítem que indagaba respecto a la influencia que la visión social de la depresión, tiene sobre el diseño y formulación de políticas para su combate (ítem 5 en la ronda 1), concluye con el 56.3 % del panel opinando que, efectivamente la percepción social que se tiene de la depresión como problema de salud pública en México, influye de forma importante en el diseño y formulación de las políticas públicas y demás acciones encaminadas a la solución del problema. Aún y cuando no se concreta un consenso en torno a esta declaración, los hallazgos se orientan hacia trabajos como el de Mascayano, *et al.*, (2105), y el de López *et al.*, (2010) lo cual, de cierto modo, convalida nuestros propios resultados.

Ahora bien; lograr la erradicación de prácticas discriminatorias y estigmatizadoras del trastorno entre la población mexicana, debe, desde la perspectiva institucionalista de este trabajo, ser una tarea emprendida en primera instancia por el Estado, por el carácter público que reviste el problema, y por ser este ente, el único capaz de formular acciones de solución desde un nivel macro social, que involucren de forma obligada la participación de todos los sectores de la sociedad. Así también, lo manifiesta el grupo al responder cuestionamientos como el siguiente: ¿Considera Ud. que la promoción de la salud mental para atender trastornos como la depresión, puede llevarse a cabo a través de diversas políticas?, y en donde, tras una primera ronda, el 82.35 % del panel, consideraron que el combate a la depresión pública, efectivamente puede fraguarse desde distintos flancos y no necesariamente mediante políticas públicas exclusivas para la atención de la depresión: (MAM. - "*No, pienso que nuevas políticas (soluciones) el problema, hay que difundir estrategias de prevención a todos los núcleos de la sociedad...*"). Se trata más bien, según los expertos, de eficientar los recursos con los

que se cuenta, fortaleciendo políticas y programas que ya existen, con un trabajo intersectorial bien definido y con el auxilio de todos los sectores de la población. Esta declaración, no fue reestructurada para intervenir por segunda ocasión. Sin embargo; durante la ronda número 2, cuando de forma directa se les cuestiona a los expertos respecto a la posibilidad de crear una política exclusiva para la atención de la depresión en México, todos los panelistas (el 100%), puntuaron a favor de dicha propuesta. La anterior contradicción de opinión por parte del panel, puede deberse a la forma en que les fueran presentados los ítems, advirtiendo en la sentencia que cuestionaba respecto a esta propuesta normativa presentada durante la Ronda 1, referentes teóricos relativos a los porcentajes de incidencia de la depresión como problema de salud pública, con lo que quizá de algún modo, se pudo predisponer al experto hacia la confirmación de dicha declaración. No puede concluirse totalmente lo anterior, en virtud de que, para la segunda intervención, esta misma oración (la que indagaba respecto a la opinión del experto con relación al diseño de una política exclusiva para la atención de la depresión entre la población mexicana), fue incluida sin los referentes teóricos que denotaban la prevalencia del trastorno, es decir, el ítem como se dijo, cuestionó al experto de modo directo.

Otro de los aspectos a discutir, tuvo que ver con el conocimiento o bien, el desconocimiento, que de los contenidos del Programa de Acción Específico en Salud Mental (PAE SM 2013- 2018), poseía al menos en primera instancia, el grupo de expertos consultado: tras una primera valoración, fue posible identificar aspectos positivos, así como algunas carencias en torno a este programa. Un 52.94% de los panelistas, dijo que sí conocía con anterioridad al programa, mientras que el 47.05% restante, no estaba al tanto de su contenido. En este punto, vuelve a llamar la atención, el hecho de que, prácticamente la mitad del grupo consultado, no tenían conocimiento del programa (muchos de ellos profesionales en psicología), toda vez que el ejercicio de su profesión, necesariamente involucra nociones generales respecto al marco legal para esta clase de pacientes, así como estar al margen de los protocolos de actuación que garanticen su atención con calidad, al menos así también, lo concluye Arrarás (2019), es sus trabajos relacionados. Ergo; si no se menciona la utilización de protocolos nacionales como el marco jurídico del sistema de justicia mexicano, o programas y políticas como las

contenidas en el PAE SM, pudiera ser, que los panelistas se conduzcan por protocolos internacionales o incluso, y lo que es menos recomendable, que se conduzcan en base a su propio albedrío. Cabe mencionar que los panelistas que dijeron conocer al programa PAE SM, señalaron que las nociones que poseían del mismo eran mínimas.

El contenido de esta última declaración, sirvió de base para la construcción de un segundo ítem, dispuesto para ser validado por el panel durante la segunda ronda. Esta vez, y luego de proporcionar en la ronda 1, datos acerca del PAE SM, la sentencia indagaba la opinión de los expertos, respecto a las aportaciones del programa, como ejemplo de las acciones políticas que decide emprender el estado para paliar problemas de salud como el de la depresión en México. El 50 % del panel, calificó al PAE SM, como una política que funciona y es útil, pese a que no es completamente adecuada, suficiente, ni eficaz; mientras que el 43.3 %, la califica como inadecuada, insuficiente e ineficaz. El 6.3 % del panel se mantuvo indiferente). Estos resultados, convergen con los de trabajos como Martell (2016); o los de Stuart *et al.* (2012), citado en Medina, *et al.*, (2015), quienes en su trabajo realizan una serie de críticas al PAE SM, señalando que el programa, pese a que desde sus inicios ha pretendido ser un auténtico protocolo de enfoque realista, lo cierto es que, los supuestos individuos a quienes se dirige la atención, suelen tener un papel más bien de beneficiarios pasivos, es decir no son evaluados, ni los programas, ni los participantes y sólo se considera el cambio de actitud como indicador de eficacia.

También, los especialistas, calificaron oportuno al programa, en razón de la inclusión de las redes de soporte familiar, social y demás formas de mejorar en conjunto (y desde diversos flancos) la atención de los pacientes con depresión: (SAL. – “(...) *está demostrado que los casos con menores grados de reincidencia depresiva son aquellos que se tratan en conjunto con otras áreas de la salud y con apoyo desde las familias.*”). El porcentaje de expertos que desaprobaron el programa, lo hizo en el sentido de manifestar que este, no aporta soluciones innovadoras, ni pertinentes para solucionar el problema, (JRH. - “*que es más de lo mismo*” ...), y que más bien, parece replicar modelos extranjeros que no se corresponden con el contexto de desarrollo nacional; por ejemplo, alguno de los panelistas, hace mención de la infraestructura del sistema de salud en

México, comparado con el de Italia, que es el lugar en donde se origina este modelo, es decir, que si en el diseño y formulación de la política, el tomador de decisiones estaba consciente de dichas diferencias, así como de la identificación de las semejanzas, a fin de decidir con base a dichos elementos, que el Modelo Miguel Hidalgo, funcionaría en México, de la misma manera que lo hizo en Italia (exitosamente). Esta declaración es importante, porque en un inicio, recogió la opinión del panel, inmediatamente después de informar a los participantes (mediante notas teóricas alusivas dispuestas en un portafolio de intervención), acerca de las principales características y contenidos del programa, lo cual, pudo representar cierto margen de sesgo, a la hora de predisponer en cierta parte a los expertos, mediante la información proporcionada, hacia una opinión que convalidará la misma declaración.

Comentar también, a propósito de este ítem, qué por el sentido gramatical del discurso de los panelistas, puede leerse que la falta de difusión entre la población, con respecto al contenido del programa que se analiza, fue uno de los pronunciamientos más recurrentes en la respuesta de algunos de ellos; es decir, que si bien se califica en un sentido positivo el diseño del programa PAE SM 2013- 2018, ello no deja pasar por alto la falta de información que se tiene del mismo, un error más bien, identificado en el proceso de implementación de la política y no en su diseño.

Ahora bien; con relación a la opinión de los expertos respecto a la posibilidad de analizar desde un enfoque sociocrítico a las políticas públicas que integren en su contenido acciones dirigidas al combate y solución de la depresión pública, desde un inicio, el grupo manifestó consensos elevados en torno a esta propuesta, de tal manera que para la ronda número dos, el panel concreto el acuerdo con el 100% de los participantes a favor de la aplicación de un tratamiento sociocrítico, sobre el análisis tradicional de esta clase de acciones, particularmente y para el caso de este trabajo, aquellas que se muestren inclusivas con el problema de la depresión en México. Desde luego, esto supone la posibilidad valorada por el grupo, de analizar desde nuevos enfoques teóricos, a programas como el PAE SM, que actualmente representan el conjunto de acciones y políticas dirigidas al combate de la depresión en México. Estos nuevos enfoques, son mayormente compatibles con los contextos de desarrollo

inmediato de los individuos y representan la urgente necesidad de integrar al estudio y análisis de la política pública (sobre todo en materia de salud mental), enfoques más integrales y mayormente holísticos, capaces de reconocer la influencia del medio externo en el proceso salud- enfermedad del ser humano, como es el caso del sociocriticismo, que no solamente reconoce dicha influencia, sino que además, busca generar cambios desde el seno mismo de la sociedad, resaltando atributos en los individuos que los conducen hacia una mayor independencia del Estado, no en el sentido de quebrantar las normas, sino más bien de crear conciencia crítica en el ser humano mediante la auto reflexión, de sus posibilidades y recursos para cambiar dicha situación; acto seguido, a través de la autoconcientización capacitada de la situación que le aqueja, en la medida de lo posible, desde fuentes científicas, y finalmente, tras el desarrollo de estos procesos cognitivos mediante la emancipación del sujeto, reforzando su autonomía. Los anteriores cometidos, ponen de relieve la contribución más importante de este peculiar enfoque, que no se limita a observar e interpretar la realidad de las sociedades y su relación intrínseca con las ideologías imperantes, sino que además, busca transformar dichas realidades, sin la utilización de los clásicos recursos estatales y materiales, y en su lugar, apostando por recursos humanos representados por los propios sujetos destinatarios de las acciones estatales, y su previa capacitación desde los postulados más relevantes de este paradigma: (GTS. – *“Creo que es acertado para lograr una visión integral y totalizadora y “holística” del problema. En el único estudio empírico que realizó Theodor Adorno “La personalidad autoritaria”, desentrañó las causas profundas de la discriminación, del autoritarismo y de la exclusión, presentes en toda la sociedad...”*).

Con lo anterior, se presume el reconocimiento implícito por parte de los expertos, respecto a lo falibles que han resultado los métodos de análisis tradicionales en el estudio de los procesos de diseño y gestión de esta clase de acciones, sobre todo, de aquellos encaminadas al combate de los fenómenos que, como la depresión, resultan sumamente complejos, y a las cuales el Estado, no ha terminado de dar solución, al menos no, desde los modos y procedimientos clásicos de hacer política. Miranda (2011), en Olivares y del Valle (2019); denuncia que la intervención en salud mental comunitaria, esté siendo más bien y de forma limitada, una suerte de psicoeducación, cuyos objetivos radican en la conciencia de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, (hasta ahí), “contrario al

carácter emancipador del movimiento comunitario original" (p. 3), que pretendía la autonomía del paciente por virtud de un empoderamiento de sus facultades volitivas y cognitivas.

Ergo; la apuesta del sociocriticismo en el análisis de esta política, es llevar a la práctica los postulados teóricos de la propia tesis: autoconcientización, autoreflexión, y emancipación; de manera que, en algún momento sean los mismos enfermos o sujetos con diagnóstico positivo para depresión, los que realicen esfuerzos de esta clase para mejorar su situación, derivando en soluciones que son producto directo de la comuna. Esto supone para los tomadores de decisiones, allegarse de las fuentes de información más directas y reales a la hora de recontar los factores que inciden en la depresión, y en cualquier otra problemática social análoga, así como del conocimiento de aquellos elementos del medio, que en algún momento motivaron implementaciones de políticas más bien fallidas, lo cual, como de inicio se dijo, resulta más sencillo desde el análisis de enfoques amigables con este tipo de visiones, que son más bien holísticas, respecto al proceso salud- enfermedad del ser humano. Resaltar también, que los anteriores contenidos son similares a los arrojados en trabajos como: el de Olivares y del Valle (2019); Martell (2016); Fontaine (2015), García (2014) o bien, en los de Cardozo (2012); quién hace énfasis en la necesidad de una mayor apertura en la comprensión de la complejidad, la participación social, el análisis interdisciplinario y la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos.

Además, los panelistas opinan que no solamente es posible el análisis de políticas públicas en materia de depresión desde el sociocriticismo, sino que la inclusión de este enfoque, pudiera ser un punto de apoyo importante a la hora de visibilizar mayormente al trastorno, ya que, por ahora los enfermos mentales con depresión por ejemplo, no representan una prioridad para el gobierno, esto en buena parte, como resultado de la visión social que pesa sobre la enfermedad, la cual gira en torno a estigmas y cargas peyorativas sobre los sufrientes, quienes por lo regular resultan culpabilizados por su padecimiento y no así el contexto en el que estos se desarrollan. Esto no solo refuerza nuestra propuesta teórica, sino también, representa el cumplimiento de otro de los objetivos de la presente investigación.

Por último, mencionar que esta forma de combatir a la depresión (con el auxilio del enfoque sociocrítico), es también coincidente con el enfoque actual sobre el que se basa la salud mental de la población mexicana, aquel que pretende que la atención de enfermedades como la depresión, se proporcione en los servicios de base comunitaria, para luego extender sus redes de atención a la población en general. En Olivares y del Valle (2019) se dice que: para que sea posible el fortalecimiento de una comunidad, es necesaria la participación, “el entendimiento que permita superar la alienación y la pasividad” y, finalmente; “la autogestión como forma de transformación individual y colectiva para el uso de las capacidades y cuyo objetivo final es la generación de expresiones colectivas en función de los intereses para el beneficio de la propia comunidad” (p. 3). Estas características de empoderamiento hacia los sufrientes de trastornos mentales, son más que convergentes con las finalidades de la Teoría Sociocrítica (Alvarado y García, 2008).

En conjunto, la presente tesis, representa una opción teórico- metodológica con aspectos tanto positivos como negativos, y cuyo balance es necesario tener en cuenta. El primero de ellos, positivo, tiene que ver con la complejidad que reviste la presente investigación, y que se identifica mediante la adopción del método Delphi (Dalkney y Helmer, 1948), como estrategia de intervención metodológica para conocer la opinión de los expertos, en torno a la problemática planteada. Investigaciones como las de Bernardo *et al.*, 2018; Brugos, *et al.*, 2007; y la de Pérez, *et al.*, 2011), están de acuerdo con lo anterior. El estudio de Pérez y colaboradores, en 2011; al respecto enuncia: “el método cualitativo Delphi, suele ser útil en problemas poco definidos, complejos y multidimensionales como son los de índole social o sanitario” (p. 403). Así mismo, debido al número de expertos consultados (16), superior al mínimo recomendado (Reguant y Torrado, 2016), y a su heterogeneidad (Campos *et al.*, 2016), nuestro estudio permitió la identificación de perspectivas diferentes que aseguran una visión más amplia del problema planteado. También es cierto, que la factibilidad del estudio, permite su réplica no solo en investigaciones que aborden el mismo objeto de estudio, sino en trabajos de distintas ramas.

Empero, de lado de los contras y como ya se ha dejado entrever líneas arriba, las afirmaciones que les fueron ofrecidas, correspondían a contenidos recabados de la lectura de referentes teóricos científicos en la materia. Es decir que, durante la primera intervención, el cuestionario utilizado incluía ítems principalmente procedentes de evidencias científicas validadas en la bibliografía, como se muestra en estudios como los de Bernardo *et al.*, (2018), además de algunas notas y referentes teóricos alusivos, contenidas en un Portafolio de trabajo o intervención, de manera que el consenso esperado en la mayoría de ellos era hasta cierto punto, elevado. Lo anterior, pudo introducir cierto nivel de sesgo, también por la tendencia de los individuos para dar respuestas en el mismo sentido de la declaración, al ser cuestionados inmediatamente después de exponer dichas declaraciones. No obstante, esta limitación pudo advertirse y para la Ronda número 2, se previno mediante la identificación de las opiniones que fueran esenciales para construir con ella nuevos ítems, cruciales para concretar el consenso y llevar a cumplimiento los objetivos planteados por la presente tesis. Además, el hecho de que no se obtuviese un consenso unánime, es decir, que no todas las declaraciones del segundo cuestionario expuesto para su validación en la Ronda número 2 fueran consensuadas, deja entrever que el panel no se limitó a manifestar su acuerdo con las ideas expuestas.

Otra limitación de este estudio, a tener en cuenta, tiene que ver con los instrumentos que fueron utilizados para recabar las opiniones de los expertos (CU- ASPPDM- DELPHI y CU- II- ASPPDM), ya que ninguno de ellos cuenta con datos publicados de validez y fiabilidad, sino que recurren al amparo que la misma metodología Delphi, como método continuo (rondas) de validación.

Al final; los resultados, refuerzan tres ideas básicas en este campo: la primera reafirma la importancia de la depresión como problema de salud pública en México, y vuelve a insistir en la importancia que los llamados factores biopsicosociales, tienen respecto de la insuficiencia de los recursos asignados para este rubro, así como en la ineficacia de las acciones políticas desplegadas. La segunda, tiene que ver con la paradójica persistencia de un conjunto de ideas arcaicas en torno a quienes padecen un trastorno depresivo, lo cual, hasta cierto punto, ha venido incidiendo en el diseño y

formulación de políticas públicas dirigidas para este grupo de población (con diagnóstico) específico, y la tercera y última reafirmación, corresponde a la validación de la propuesta teórica de analizar sociocríticamente a las políticas públicas en materia de depresión en México, en virtud de evidenciar la insuficiencia de los métodos de análisis convencionales, para lograr incidir de uno u otro modo en los niveles de atención en salud mental de la población.

Parece entonces, que el presente estudio, puede ser una alternativa razonable para obtener información útil y aplicable en torno a la propuesta teórico- metodológica que consiste en dar tratamiento a las políticas públicas en materia de depresión, desde los postulados más representativos del Enfoque Sociocrítico, así como sus efectos en la solución de problemas públicos relacionados en México. Así mismo, este trabajo se puede utilizar como punto de partida para la revisión de los procesos de programas, acciones y políticas en los que se busque no solo combatir a la depresión pública, sino también empoderar a los sujetos padecientes de depresión o algún otro trastorno mental, configurando con ello un criterio orientador o de consulta en investigaciones futuras relacionadas con la recolección de datos y evidencia para formular nuevas políticas públicas que abonen en la materia. Estos planteamientos, se encuentran por ahora en proceso de discusión, debate y definición, pero son, sin duda, señales de un cambio de paradigma que se avecina para las ciencias político- sociales que aborden problemas de la complejidad que caracteriza al fenómeno depresivo, lo cual sin lugar a dudas representa un avance en la comprensión de estos problemas, así como en la producción de nuevos conocimientos.

Se cumplen así, todos y cada uno de los objetivos de la presente tesis, haciendo de esta, un estudio válido y replicable.

10. Conclusiones

Los hallazgos arrojados en la presente investigación o tesis, conducen a las siguientes conclusiones:

La pregunta de investigación que motivó y orientó los alcances de este trabajo, y que a la letra indagaba: ¿Puede el enfoque Sociocrítico, constituirse en una alternativa viable de análisis del proceso de diseño de las políticas públicas, en este caso en materia de depresión en México, frente a los métodos tradicionales para analizar estas acciones?, concluye con una respuesta afirmativa, robustecida por un fuerte nivel de consenso entre los panelistas y con una variación de desacuerdo mínima entre la primera y segunda ronda. Es decir, que el anterior cuestionamiento, puede hoy tornarse en una propuesta alternativa de análisis al ciclo de políticas públicas en materia de depresión en México, validada mediante el presente de forma científica, para ser considerada frente a los modos tradicionales de analizar a esta clase de acciones, por lo general, constreñidos en la idea del ciclo, un sistema de análisis de la política pública más bien clásico, que se corresponde con los paradigmas positivista y Biomédico imperantes, que interpretan a enfermedades mentales como la depresión, desde arquetipos cientificistas basados mayormente en la evidencia.

Tratándose del objetivo general, mediante el estudio Delphi dispuesto en 2 rondas, fue posible analizar las características, utilidad y aplicabilidad teórica del enfoque Sociocrítico, como tratamiento alterno en el proceso o ciclo de las políticas públicas en materia de depresión, de manera que, pudieron comprobarse sus principales aportaciones en el estudio de fenómenos públicos relacionados con el trastorno depresivo y su atención en México. Vale la pena resaltar que, desde este enfoque, la política pública se constituye en el instrumento desde el cual se realiza dicho examen analítico. Hacer mayormente visible al trastorno depresivo, desde el empoderamiento de los sujetos con diagnóstico positivo para esta enfermedad; así como el desarrollo y fortalecimiento de ciertos procesos cognitivos en el ser humano, a saber

autoconcientización, autoreflexión y emancipación (capacidades mentales con posibilidades ilimitadas que son coadyuvantes en la solución de problemas complejos como el de la depresión pública en México, desde la iniciativa de los sujetos destinatarios), representan las contribuciones más principales del sociocriticismo en el análisis de políticas públicas, en este caso, de aquellas que se muestren inclusivas con el fenómeno de la depresión pública en México. Así mismo, el presente estudio, constituye una propuesta teórica- metodológica, factible y replicable en el estudio de otras políticas con diferente contenido, que aborden múltiples problemáticas sociales y no solo, para este tipo particular de políticas públicas en salud mental.

En cuanto a los objetivos específicos; el primero de ellos consistía en la identificación por medio de la opinión expertos, de los principales factores biopsicosociales que inciden en la atención de la depresión en la población adulta en México. Esto fue posible mediante la implementación exitosa del estudio Delphi, dispuesto en dos rondas, en donde un panel compuesto por 16 especialistas, posiciono a la pobreza como el principal factor que incide en la atención del trastorno en México, seguido por los factores familiares y, en tercer lugar; el grupo estuvo de acuerdo en colocar a los factores relacionados con la desigualdad y exclusión de los sufrientes. El segundo de los objetivos específicos: Proponer, desde el enfoque sociocrítico, una alternativa de análisis distinta al proceso o ciclo de políticas públicas, frente a la forma tradicional de abordar estos procesos; fue llevado a cabo con el auxilio del estudio Delphi, así como de los instrumentos utilizados para intervenir entre las rondas, mediante la exposición y recolección de datos relacionados con la temática abordada, y que arrojaron porcentajes de consenso considerables con relación a la validación de esta propuesta por parte del grupo de expertos.

Con relación al tercero y último de los objetivos específicos de la presente tesis, este tenía que ver con la posibilidad de perfilar un diagnóstico político- social acerca del contexto desde el cual se formulan y desarrollan políticas públicas en materia de depresión en México, tomando en cuenta los factores biopsicosociales que inciden en la aparición y atención del trastorno, y detectando los espacios en donde podrían ubicarse nuevos enfoques como el Sociocrítico; este objetivo se cumplió mediante la exposición

de los referentes teórico- contextuales, ubicados en el apartado correspondiente de este trabajo, y difundidos mediante notas teóricas coadyuvantes en la resolución y validación de las declaraciones más sobresalientes del primer cuestionario

También, concluimos en que la noción de la política en esta materia, subyace en equivocar no tanto su diseño, sino más bien su implementación, al operacionalizar las acciones políticas que fueron diseñadas para combatir a la depresión, como por ejemplo el Programa de Acción Específico en Salud Mental, en un contexto de desigualdad material y exclusión social para el sufriente, sin tomar en cuenta, o bien, considerándolos a estos y otros factores biopsicosociales de forma nimia, pese a su comprobada incidencia tanto en la etiología del trastorno, como en la atención y acceso digno de los sufrientes al sistema de salud en México. Lo anterior, viene generando un círculo de reproducción de la pobreza, que replica y agrava el desarrollo de la enfermedad. Luego; el desconocimiento y la difusión limitada de la población al respecto de la depresión como trastorno mental y problema público, así como el de las acciones y políticas públicas que se han diseñado para su atención desde el aparato estatal; por ejemplo, el desconocimiento de programas como el PAE SM, representaron para el panel los principales motivos por los que las políticas públicas en materia de salud mental e incluyentes con la depresión, presentan déficits considerables en su diseño y/o desarrollo y, así mismo, pueden constituirse en un obstáculo respecto a cómo se conceptualizan hoy en día, trastornos como el de la depresión en México, desde el seno de la sociedad, y desde una visión institucional.

El manejo y la atención de enfermedades como la depresión en México, deviene de la relación entre políticas de atención y prevención en salud, en donde priman los enfoques basados en la evidencia. Pocos son los análisis de políticas públicas, que consideran a los actores, al contexto y las influencias externas que ejercen sobre ellos y sobre la aparición de esta clase de enfermedades, los factores sociales, políticos y culturales. La producción de evidencia de rigor científico, preferentemente cuantificable, es el principal indicador para proponer nuevos diseños y formas alternas de análisis de políticas, siendo que la mejor manera de analizar a esta clase de acciones, consiste en lograr una visión conjunta e integral del problema, en donde las políticas que llegase a

adoptar el Estado mexicano sobre salud mental, pudieran a bien tratarse desde enfoques mayormente amplios, como el Sociocrítico; que busca recuperar la voz de los sujetos (sanos, pacientes y sufrientes), mediante el empoderamiento de estos a través de ciertos procesos cognitivos que conducen a la emancipación del sujeto, por virtud de una mayor autonomía, lo cual los posibilita para incidir en la definición y gestión de los problemas relacionados con su salud mental.

Otros hallazgos recomiendan; en atención a la alta prevalencia de esta enfermedad en el país, el diseño de una política exclusiva para atender el trastorno. En este punto, el tratamiento a los procesos de diseño de esta política emergente, pudiera llevarse desde el enfoque sociocrítico, y de esta forma, contribuir al análisis de esta clase de problemas, mediante el concurso de diversos actores sociales, herramientas teóricas y prácticas y, recursos que inciden directamente en los procesos cognoscitivos de los individuos y desde luego, considerando la realidad del contexto biopsicosocial, en su íntima relación con el proceso de análisis de diseño de esta clase de acciones.

En materia de política pública, y por qué no, también tratándose del análisis de esta clase de acciones, solo existe una cosa que pudiera hacerse para combatir a la depresión, y esta es, asegurarse que el mayor número de gente, tenga una atención adecuada y eficiente desde los primeros niveles de acceso al sistema de salud. Para ello; es imprescindible incorporar la promoción de la salud mental a las políticas y programas no solo del sector salud, sino también de los sectores público y privado, en aspectos como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. Aunado a lo anterior, parece urgente que se consideren las dimensiones biopsicosociales de la enfermedad, repensar la manera en cómo se enfrenta este problema, apostar por ejemplo y como es el caso, por nuevos enfoques teórico metodológicos en el abordaje de su estudio, que se coloquen a la altura de las exigencias de esta nueva sociedad, que se muestren mayormente incluyentes con las dimensiones biopsicosociales que puedan influir en el proceso salud- enfermedad del ser humano, así como los que siendo de la misma índole, pudieran incidir en el acceso y atención de estos individuos.

Cerramos por completo este apartado, así como el estudio mismo, haciendo alusión a la contribución que, desde la Sociología de la salud, logran empresas como las que presente estudio se llevaron a cabo. Ello radica en el reposicionamiento de esta ciencia, como un auxiliar probado en el tratamiento de políticas públicas en materia de salud mental. Enfoques como el que propone la Teoría Sociocrítica, que provienen netamente de la Sociología como disciplina y que, en un trabajo más bien interdisciplinario, a lado de otras ramas del conocimiento, como las de la salud colectiva, las ciencias políticas e incluso, desde líneas específicas de investigación como la Administración de la salud, consiguen posicionarse como herramientas más que adecuadas en el análisis de los procesos de diseño de políticas públicas que abordan fenómenos y realidades complejas, como la depresión pública en México, y a las cuales el Estado, no ha terminado de dar solución, al menos no, desde los modos clásicos de análisis de políticas.

Referencias

- Aburto, R. (2018). *Raíces oscuras. Análisis de la construcción corporal de la depresión desde una visión transgeneracional*. (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Aguilar, L.F. (1992a). *El estudio de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- ----- . (1992b). *La hechura de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- ----- . (1993). *La Implementación de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Malestar e Subjetividades – Fortaleza* – VIII (3), 563-601.
- Alvarado, L., y García M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*. 9 (2), 187-202.
- Arrarás, J I., y Manrique E. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *An. Sist. Sanit. Navar.* 42 (1), 5-8. doi: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>
- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*. México: CIDE.
- Battistella, G. (2007). *Salud y enfermedad*. Recuperado de: <http://148.228>, 165.
- Blasco, J., Alexander, M., López Padrón y Mengual, S. (2010). Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e

interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. *Ágora para la educación física y el deporte*, 12(1), 75-96.

- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55 (1), 74-80.
- Bernardo, M., de Dios, C., Pérez, V., Ignacio, E., Serrano, M., Vieta, E., ... y Roca, M. (2018). Indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes con depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Estudio de consenso. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*, 11(2), 66- 75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.09.0>.
- Bertona, M. C. (2014). Políticas públicas en salud: análisis del modelo argentino desde el trabajo social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (54), 137-152.
- Borges, G., García, J., y Borsani, L. (2015). Suicidio. En M. E. Medina, E.J. Sarti y T. Real (Ed), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (1-385). México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) ISBN 978-607-443-528-3
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chile*, 142, 1297-1305.
- Brugos, A., Arbeloa, B., Astrain M. V., López, S., Otero, M., Monreal., ... y Pérez, F. (2007). Valoración del programa social de atención a personas con trastorno mental grave: un estudio Delphi. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 30 (1), 101-112.
- Cabero, J., e Infante, A. (2014). Empleo del método Delphi y su Empleo en la investigación en Comunicación y educación. *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa.*, 48, 1-16.
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Quéiros, C., y Dores, A. (2016). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, (2), 97-110.
- Cantero, E. y Ramírez, J. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47 (6), pp. 627-636.

- Cardozo, M. (2013). Políticas públicas: los debates de su análisis y evaluación. *Andamios*. 10 (21), 39-59.
- Carro, S., De la Cuesta, P., Vaeza, R., Díaz, A., Russo, A L., Cohen, J., y Urti, A. (2009). *Perspectivas psicológicas en salud*.
- Corzo, J. F. (2012). *Diseño de Políticas Públicas: Una guía práctica para transformar ideas en proyectos viables*. Ciudad de México: IEXE editorial.
- Cuervo, J. I. (2007). Las políticas públicas: entre los modelos teóricos y la práctica gubernamental. (Una revisión a los presupuestos teóricos de las políticas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana). *Ensayos sobre políticas públicas*, 67-95.
- Correia, T. (2019). El Programa Más Médicos en Brasil bajo la óptica del ciclo de las políticas públicas: argumentos para debate a partir del análisis de Heider Pinto y colegas. *Interface (Botucatu)*; 23(1).
- De Vicente, A., Berdullas, S., y Castilla, C. (2012). Se cuestiona el modelo biologicista en salud mental. *INFOCOP*, 57, 3-7.
- Diez, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate, Y., Galán, E., Medina, JC., y otros. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*;31(1), 131-6.
- Fernández, J., y Sánchez, M. (2003). La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. *Intervención Psicosocial.*, 12 (1), 7-18.
- Fernández, S. (1995). Consideraciones sobre la teoría socio-crítica de la enseñanza. *Enseñanza*. 13, 241-259.
- Foucault, M., y Utrilla, J. J. (1967). *Historia de la locura en la época clásica México: Fondo de cultura económica*.
- Fontaine, G. (2015). *El análisis de las políticas públicas: Conceptos, teorías y métodos*. Quito, Ecuador: Anthropos editorial.

- Frankenberg, G. (2011). Teoría crítica. *Revista sobre enseñanza del derecho*, 9 (17), 67-84. Recuperado de: http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/17/teoria-critica.pdf
- Fuenmayor, J. (2014). Política pública en América Latina en un contexto neoliberal. *Cinta moebio*. 50, 39-52. Obtenido de: www.moebio.uchile.cl/50/fuenmayor.html
- Fuenmayor, J., y Ochoa, H. (2014). Aportes y limitaciones del Enfoque de “Análisis de Políticas” a la comprensión de una política y gestión pública en un Estado en transición. *Revista Conjeturas Sociológicas*. 4 (2), 82- 147.
- Gallo, JE., y Quiñones, A. (2016). Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia. *Athenea Digital*; 16 (2), 139-168. doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.161>
- García, M. (2014). La Interacción Heurística y Multidisciplinaria entre Administración Pública, Derecho y Políticas Públicas. Un enfoque contemporáneo. México D.F.: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM.
- Gil, J. L., León, J. L., y Morales, M. (2017). Los paradigmas de investigación educativa, desde una perspectiva crítica. *Revista Conrado*, 13(58), 72-74. Recuperado de <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/> conrado
- González, L., Peñalosa, R., Matallana, M., Gil, F., Gómez, C., y Vega, A. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *rev colomb psiquiat.*, 45 (S 1), 89–95.
- Haro, J. A. (2010). Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires, Editorial.
- Haro, J. A. (2015). Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas. Obtenido de: <https://www.researchgate.net/publication/228609027>
- Hamui, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Inv Ed Med*, 2(8), 211-216.

- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., y López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34, (2), mayo-agosto, 184- 192.
- Hernández, C., García A., Leal, E., Peralta, V, y Durán J. (2014). Factores ambientales relacionados con trastornos depresivos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 52(5), 574- 579.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Ciudad de México, México: MCGRAWHILL INTERAMERICANA.
- Hormazábal, N., y Riquelme, C. (2009). Modelo comunitario en salud mental y psiquiatría como modelo tecnológico. *Rev GPU*; 5 (2), 245-249.
- Hsu & Sandford. (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12 (10), 2- 8.
- Ibarreche, J. (2017). Epistemología y psicoterapia en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En L. Primero y M. Biagini (Ed.), *La Nueva Epistemología de la salud mental*, 27- 33. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Lahera, G., Andrade, N., Gasull, V., Pagés, J. R., y Roca, M. (2019). Percepción de la población española sobre la depresión. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 42 (1), 31-39. doi: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0590>
- Landeta J. (2002). El método Delphi. Una técnica de previsión del futuro. *Ariel*, 31(35), 93-94.
- Lara, M. (2015). La comorbilidad entre los trastornos mentales y otras enfermedades. En M. E. Medina, E.J. Sarti y T. Real (Ed), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura* (1-385). México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) ISBN 978-607-443-528-3
- Lara, M. C., Robles, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., Medina, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33 (4), 301-308.
- Laso, Silvana. (2004). La importancia de la teoría crítica en las ciencias sociales. *Espacio Abierto*, 435 – 455.

- Londoño, C., y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (2), 315-329.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M., Aparicio, A., Perdiguero, D., y Rodríguez, A. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio “Salud mental: imágenes y realidades. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 30 (106), 219-248.
- Makowski, S. (2013). Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México. *CS*, 11, 283–308.
- Martínez, C. (2009). La salud mental en un contexto de pobreza urbana: una aproximación cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (1), 61-65.
- Martínez, P., Rojas, G., Fritsch, R., Martínez, V., Vöhringer, P., y Castro, A. (2017). Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*; 145, 25-32.
- Martell, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México. *Voces y contextos sociales. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*; XI (22), 117-149.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*; 38(1), 53-58
- Mejía, J. (2012). Modelos de implementación de las políticas públicas en Colombia y su impacto en el bienestar social. *Analecta política* 2(3), 141-164.
- Medina- Mora, M.E., Real, T., y Amador, N. (2015). La enfermedad mental en México. En M. E. Medina, E.J. Sarti y T. Real (Ed), *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*, (1-385). México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). ISBN 978-607-443-528-3
- Medina- Mora, M. E., Sarti, E., y Real, T. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina.
- Melero, N. (2012). El Paradigma Crítico y los aportes de la Investigación Acción Participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuestiones Pedagógicas*, 21, 339-355.

- Miranda, G. (2011). Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy. *Medicina Social*; 6 (3), 259- 265.
- Molina, G., y Cabrera, G. (2008). Políticas públicas en salud: aproximación hacia un análisis. Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”.
- Montoiro, R., Martínez, A., Rodríguez, R. (2019). Depresión como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. *Enfermería Global*, 55, 612- 627.
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (2), 136- 138.
- Olavarría, M. (2007). Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas.
- Olivares, D., y Del Valle, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, 18(2). <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). Determinantes de Salud. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es
- ----- . (2016b). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Ortiz, M., Álvarez, C., Ruíz, M., y Gascón, E. (2003). Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos. *Rev Panam Salud Publica*, 14(3), 186- 192.
- Pastor, J., y Ovejero, A. (2009). Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de historia de la psicología.*, 30 (2-3), 293- 299.

- Pérez, I., Brugos, A., Guillén, F., Fernández, C., y Aguinaga, I. (2011). Identificación de problemas y propuestas para mejorar la atención de las urgencias extrahospitalarias en Navarra: un estudio Delphi. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 34 (3), 395-407.
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*, 28 (2), 89-115.
- Plaza, V., Quirce, S., Delgado, J., Martínez, E., y Pérez, L. (2016). Debate multidisciplinar de expertos. Asma no controlada: causas, consecuencias y posibles soluciones. *An. Sist. Sanit. Navar*, 39 (3), 357-370.
- Quintero, G. (2017). La sociedad del cansancio. Byung- Chul Han Herder. *Culturales*, 1 (2), 321-328.
- Reguant, M., y Torrado, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovación*, 9 (1), 87-102. doi: <http://doi.org/bcvx>
- Riaño, E., y Palomino, M. (2015). Diseño y elaboración de un cuestionario acorde con el método Delphi para seleccionar laboratorios virtuales (LV), *Sophia*, 11(2), 129-141.
- Rodríguez, J. F. (2015). Políticas Públicas y sus Programas Sociales dirigidos a grupos vulnerables en Puebla. *Fontamara*, México.
- Romero, M., Álvarez, M., Toste, M.C y Álvarez A. (2007). Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 45(2).
- Roth, A. N. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: de la razón científica al arte retórico. *Estudios Políticos.*, 33, 67-91.
- Salas, W., Ríos, L., Gómez, R. B., y Álvarez, X. (2012). Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 32(1), 77–81.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental, *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 29 (1), 143- 148.

- Salazar, A., Reyes, M., Plata, S., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., ... y Ríos, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb.*, 31(2), 176-183.
- Salazar, C. (2009). La evaluación y el análisis de políticas públicas. *Revista Opera*, 9, 2009, 23-51.
- Sandoval, J., y Richard, M. (2005). La salud mental en México. *México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer análisis de discurso. *Cinta moebio* 41, 207-224.
- Santi, M. (2013). *Ética de la investigación en ciencias sociales un análisis de la vulnerabilidad y otros problemas éticos presentes en la investigación social*. (tesis de doctorado). Facultad de Filosofía y letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Salvo, L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev Med Chile*, 142, 1157-1164.
- Solveig E., Rodríguez, K., García, R., Benítez, JL, y Fernández C. (2019). Diagnosis of macrosocial risks of drug use in Mexican municipalities. *Salud Mental*, 42 (1), 5-12. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.002 <http://revistasaludmental.mx>
- Souza, M. (2002). Ambiente y salud mental. *Rev Méx de Neurociencia*, 3 (3), 161-163.
- Stucchi, S. (2017). ¿Realmente existe una “epidemia de depresión”? *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80 (4), 261-264.
- Urraa, E., Muñoz, A., y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 10 (2), 50-57.
- Valente, A., Castellani, T., Lars, M., y Aro, A. (2015). Models and visions of science policy interaction: Remarks from a Delphi study in Italy. *Science and Public Policy*, 42, 228–241. doi:10.1093/scipol/scu039
- van den Bosch, M., y Meyer, A. (2019). Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. *Annu. Rev. Public Health*,

(40)18.1–18.2. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth040218-044106> Copyright © 2019

- Varela, M., Díaz, L., y García, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med*, 1(2):90-95
- Vargas, B., y Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39 (1), 3-9. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.062
- Vázquez, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed. Revista Médica. Granma*- 20(3), 586- 602.
- Vera, A., y Jara, P. (2018). El Paradigma socio crítico y su contribución al Prácticum en la Formación Inicial Docente. *Univ. Católica la Santísima Concepción*.
- Vicente, B., Saldivia, S., y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*; 22 (1), 51-61.
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental* 35 (1), 3-11.
- Zartha, J., Montes, J., Vargas, E., Gutiérrez, E., y Hoyos, J. (2015). Propuesta de Método Delphi en Políticas Públicas de Innovación. *Espacios*, 36 (23), 33-50.
- Zarragoitía, I. (2011). Depresión, generalidades y particularidades. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Ciencias médicas.

A N E X O S

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO. - Estimado participante, mi nombre es Diana Jezabel Mejía Galicia y curso la Maestría en Sociología de la Salud en el Centro Universitario UAEM- Amecameca. Actualmente; realizo un trabajo de tesis el cual tiene como objetivo conocer y recoger la opinión de un grupo de expertos en materia de Política públicas relacionadas con la salud colectiva, de manera particular, en torno a la depresión como problema de salud pública en México, a fin de proveer una posible propuesta de solución ante las problemáticas que genera este fenómeno. El trabajo de investigación al que se alude lleva por nombre: “Análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México”.

- I. Usted, ha sido invitado a participar, en virtud de la pericia que le caracteriza, misma, que se estima a priori apropiada para emitir juicios de gran peso científico y experiencial en torno al tema que se aborda.
- II. Su participación en este estudio es voluntaria.
- III. Si usted accede a participar, se le pedirá responder un cuestionario integrado de 33 ítems y leer algunas notas anexas. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo.
- IV. Al tomar parte en este estudio, usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos o situaciones adversas: incomodidad al contestar preguntas sensibles, potencial pérdida de confidencialidad, o cualquier otra relevante al estudio. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas o confusas, hágaselo saber al investigador o bien, puede reservarse el derecho a responderlas.
- V. Aunque usted acepte participar en este estudio, tiene derecho a abandonar en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.
- VI. La participación en este estudio no conlleva ningún costo para usted, y tampoco será compensado económicamente. No obstante, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.
- VII. La participación en este estudio es completamente anónima y confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas, con lo que el resguardo de sus datos personales está plenamente asegurado. Una vez transcritas las entrevistas, los

dispositivos que contengan audio y video (en caso de existir) de su testimonio y participación, serán destruidos.

VIII. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

IX. De tener preguntas sobre su participación, puedo Ud. contactar a la Lic. en D. Diana Jezabel Mejía Galicia, al teléfono 5565204927, 5531684329, o 597 97 8 9278.

Yo _____, he recibido de la Lic. en D. Diana Jezabel Mejía Galicia, información clara sobre el trabajo de investigación: “Análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México, en el que voluntariamente quiero participar.

-Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.

-Declaro que se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.

-Declaro que he tenido el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

-Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

-En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir asesoría en cuanto al llenado del cuestionario en cualquier momento, y de la información sobre los resultados de este estudio, una vez que éste haya concluido.

-Doy mi consentimiento para el almacenamiento de mis datos personales en el lugar y condiciones indicadas en la hoja de información al participante:

SÍ No

- Doy mi consentimiento para que el equipo me vuelva a contactar con posterioridad:

SÍ No

Firmo por duplicado quedándome con una copia.

Firma del participante _____ Fecha _____

Testigo 1 _____ Fecha _____

Testigo 2 _____ Fecha _____

Firma del investigador o de la persona que proporciona el consentimiento:

_____ Fecha _____

Testigo 1 _____ Fecha _____

Testigo 2 _____ Fecha _____

Desde ya le agradecemos su participación...

ANEXO 2. CUESTIONARIO RONDA 1

CUESTIONARIO PARA SOMETER A JUICIO Y VALORACIÓN DE EXPERTOS, EL ANÁLISIS SOCIOCÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DEPRESIÓN EN MÉXICO

(CU- ASPPDM/ DELPHI)

FORMATO DE INFORMACIÓN CLAVE DE LOS EXPERTOS CONSULTADOS

NOMBRE DEL EXPERTO:		AÑOS DE EXPERTICIA EN EL TEMA:	
EDAD:		SEXO:	
TELÉFONO CELULAR:		TELÉFONO DE TRABAJO Y/O CASA:	
CORREO LECTRÓNICO:			
REDES SOCIALES DE CONTACTO (FACE BOOK, TWITER, INSTAGRAM):			
GRADO O NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS:			
<input type="checkbox"/> TITULADO/A UNIVERSITARIO DE GRADO SUPERIOR <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> POST DOCTORADO -			
PROFESIÓN:		AÑOS DE EXPERIENCIA:	
PUESTO DE TRABAJO U OCUPACIÓN ACTUAL:		AÑOS EN EL PUESTO U OCUPACIÓN:	
INSTITUCIÓN ACTUAL DONDE LABORA:			
EN CASO DE CONTAR CON DOCUMENTOS, ARTÍCULOS E INVESTIGACIONES PUBLICADAS, POR FAVOR, CONTESTE LO SIGUIENTE:			
PRINCIPALES PUBLICACIONES EN RELACIÓN CON EL TEMA:			
PRINCIPALES CONCLUSIONES DE SUS TRABAJOS:			
OPINIÓN DEL EXPERTO EN RELACIÓN A:			

CATEGORÍA DE ANÁLISIS 1. LA DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA y EL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL PAE SM 2013 -2018

FASES	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL PAE SM 2013 -18 ASPECTOS A ANALIZAR
-------	--

FORMULACIÓN	1. Con base a la pericia que le distingue; ¿cuál es su opinión respecto a la depresión como problema de salud pública en México?
RMULACIÓN	2. Algunos de los siguientes factores, producto del contexto de desarrollo del ser humano son llamados "biopsicosociales": genéticos/biológicos, pobreza, desempleo, estigma y discriminación, violencia, género, educación, migración, alimentación, familiares, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, hábitos y modos de vida saludables y no saludables, entre muchos otros, y han sido considerados por su relevancia, como <u>aquellos que inciden de forma determinante en la atención de la depresión</u> en el sistema de salud en México. Basándose en su experticia en el tema; ¿Cuál es su opinión respecto a la influencia de estos factores biopsicosociales en la aparición de trastornos mentales como la depresión entre la población mexicana?
FORMULACIÓN	3. A tenor de la pregunta anterior; mencione por orden de importancia, cinco de los principales factores "biopsicosociales" asociados con la atención de la depresión y de los cuáles, Ud. considera que puedan tener implicaciones para las políticas públicas: 1.- _____ ¿Por qué? _____ 2.- _____ ¿Por qué? _____ 3.- _____ ¿Por qué? _____ 4.- _____ ¿Por qué? _____ 5.- _____ ¿Por qué? _____
FORMUL	4. ¿Considera que, en México las personas que padecen depresión son víctimas de discriminación, sufren de maltrato, son estigmatizadas, marginadas o tratadas de modo diferente por su condición médica?
FORMUL	5. ¿Considera Ud. que la visión social que se tiene de la depresión, influye sobre las acciones políticas que decide tomar el estado para su atención?
FORMUL	6. ¿Cuál considera Ud. que sea la principal causa por la que la gente que reúne la sintomatología característica de una depresión, no acude a recibir tratamiento?
FORMUL	7. Considera Ud. que ¿en México el estado ha difundido de forma amplia y adecuada, información con respecto al trastorno depresivo entre la población?
FORMUL	8. ¿Considera Ud. que la promoción de la salud mental para atender trastornos como la depresión, puede llevarse a cabo a través de diversas políticas, es decir, no necesariamente a través de políticas públicas relacionadas de forma exclusiva con la salud mental general, sino también, a través de aquellas en relación con el fomento al desarrollo social, a la economía, al sector educativo y a la investigación científica, etc.?

FORMUL	9. ¿Cuál es el nivel de participación por parte de la sociedad civil, que debiera observarse en el diseño y ejecución de las políticas públicas, en tratándose de trastornos de la salud mental como la depresión?
FORMULACIÓN	10. Sabía usted que el presupuesto por parte del estado a nivel nacional destinado a la atención de la salud mental y de trastornos como la depresión es apenas del 2% y que este, se designa en su mayoría a los hospitales y no a los centros de atención de nivel primario, en donde se recibe el 80% de la atención ambulatoria. ¿Considera Ud. que es necesario un incremento en el presupuesto para este ramo y una reasignación de recursos dentro del sistema?
IMPLEMEN	11. ¿Conoce Ud. el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013- 2018 (PAE SM 2013-18)?
IMPLEMENTACIÓN	12. La política pública que el estado ha implementado para atender el fenómeno de la depresión, consiste en un Programa de Acción Específico en Salud Mental (PAE SM), adoptado desde el año 2002, con modificaciones más de forma (en razón de la administración de gobierno en turno: 2002- 2006, 2006- 2012 y 2013- 2018), que de fondo. La principal estrategia del PAE SM 2013- 2018, se basa en la promoción y prevención de la salud mental mediante la reorganización de servicios y la ampliación de la cobertura, tomando como ejemplo el modelo de atención de base comunitaria "Miguel Hidalgo", cuyos orígenes se remontan a Italia, en el año de 1978 y que recomienda la erradicación de viejas prácticas de atención asilar asociadas a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos, proponiendo en su lugar una movilización de recursos de forma sistemática hacia la integración de la salud mental en la atención sanitaria general: programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de otras enfermedades no transmisibles crónicas, por ejemplo., a través de la creación de Unidades de psiquiatría en hospitales generales y Villas de transición hospitalaria Cómo experto; ¿Cuál es su opinión respecto a este nuevo enfoque en la atención de la salud mental?
IMPLEMEN	13. El PAE SM 2013-2018, se erige para atender el problema de la depresión en México, aunque no de modo exclusivo, toda vez que este fue diseñado para la atención de todos aquellos trastornos mentales que afecten o menoscaben la salud mental de los mexicanos. ¿Considera Ud. que sea necesaria la construcción de una política pública por parte del Estado, exclusiva para atender la problemática de la depresión en México? ¿Por qué?
IMPLEMENTACIÓN	14. Tras la incorporación de los padecimientos psiquiátricos más comunes al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro popular), el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) en este sistema ahora cubre: - detección de trastornos por déficit de atención, - detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, - diagnóstico y tratamiento de depresión y psicosis (incluyendo esquizofrenia). ¿Cuál es su opinión respecto a la integración de padecimientos como la depresión al Sistema de salubridad del Seguro popular?
EVALUACIÓN	15. Uno de los programas de rehabilitación psicosocial a los que hace alusión el PAE SM 2013- 2018, es el llamado "Invierno sin frío", el cual consiste en proveer vestuario y blancos a las unidades de atención médico-psiquiátrica de la república en diferentes entidades federativas, beneficiando a más de 4000 usuarios anualmente. ¿Cuál es su punto de vista respecto a este programa, en el sentido del beneficio social y de salud que aportan estas acciones, en términos reales para los enfermos mentales?

EVALUACIÓN	<p>16. El PAE SM 2013- 2018, fue diseñado en conjunto con los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013- 2018, y del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013- 2018, de tal suerte que <u>su instrumentación es transversal y sectorial, coadyuvando en su desarrollo, (por recomendación de la OMS) los servicios de salud mental y de asistencia social de base comunitaria</u>; la integración de la asistencia y tratamientos de salud mental en los hospitales generales en el nivel primario, mediante la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la auto asistencia.</p> <p>Desde su opinión de experto, ¿cómo califica Ud. el diseño de esta política?</p>
EVALUACIÓN	<p>17. La evaluación del PAE SM 2013- 2018; no ha estado, hasta ahora sujeta ningún organismo externo (nacional o internacional), toda vez que el mismo programa actuando en conjunto con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, representan la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de trabajo e indicadores para medir el desempeño de las acciones que en materia de atención, detección temprana, prevención y cuidado de la depresión y otros trastornos de la salud mental, emprendiera el estado mexicano.</p> <p>¿Cuál es su opinión como experto, respecto a este tipo de autoevaluación, es decir qué para asignar valor a las acciones en materia de depresión, por ejemplo, llevadas a cabo por el PAE SM 2013- 2018, sea el mismo programa quien contenga los indicadores que proporcionen medidas operacionales para evaluar si los servicios cumplen los estándares exigidos?</p>
EVALUA	<p>18. ¿Considera usted que el PAE SM 2013- 2018; a través de las diversas estrategias y líneas de acción propuestas, ha logrado cumplir con el objetivo de difundir, dar promoción, informar y prevenir sobre la salud mental en la sociedad, para que se conozcan los principales problemas de salud mental y se comprenda la complejidad del problema y la manera en cómo debe enfrentarse?</p>
EVALU	<p>19. ¿Qué tipo de acciones le gustaría que el estado implementará para solucionar el fenómeno de la depresión entre la población mexicana?</p>
EVALUA	<p>20. ¿Qué tipo de acciones NO le gustaría que el estado implementará para solucionar el fenómeno de la depresión entre la población mexicana?</p>
EVALUA	<p>21. Una de las metas que se planteara el PAE SM, no solo para este sexenio (2013- 2018), era sustituir al 100% los hospitales psiquiátricos de tipo asilar, por villas de transición hospitalaria.</p> <p>Desde su experiencia; ¿considera que esta meta ha sido cumplida completamente?</p>
EVALUACIÓN	<p>22. Uno de los informes de evaluación sobre el sistema de salud mental en México, realizado por la OMS, señala que los planes de acción, deben de ser diseñados y adecuados para cada entidad federativa, ya que es ahí donde se acentúan diferentes problemáticas en diferentes magnitudes y direcciones.</p> <p>¿Está usted de acuerdo con la recomendación de la OMS, en el sentido de construir políticas para la atención de la salud mental con características específicas para cada entidad federativa?</p>
EVALUACIÓN	<p>23. Proponga al menos tres estrategias de solución integral para el problema de la depresión en México, desde su análisis personal:</p> <p>1. _____</p> <p>2.. _____</p> <p>3, _____</p>

CATEGORÍA DE ANÁLISIS 2.
EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DEPRESIÓN EN MÉXICO, DESDE UN ENFOQUE SOCIOCÍTICO.

En este apartado; analizaremos el contenido de las políticas públicas que se muestran incluyentes con el tema de la depresión (en este caso el PAE SM 2013- 2018), desde una perspectiva sociocrítica. Desde los postulados y principios más relevantes de este enfoque teórico, se intentará identificar la influencia del contexto sociopolítico y de los factores biopsicosociales en el proceso de creación de esta clase de acciones, en la atención de la depresión en el Sistema de salud, y sobre la población objetivo para la cual fueron creados. También se identifican puntos de convergencia entre el enfoque original de la política (enfoque biopsicosocial), y el enfoque sociocrítico.

Si así lo desea, Ud. puede recurrir a la nota teórica en torno al enfoque Sociocrítico, como herramienta de apoyo para la contestación de esta parte. (ANEXO I)

24. ¿Cuál es su opinión respecto a la posibilidad de analizar desde un enfoque sociocrítico esta clase de políticas públicas?

25. Desde su punto de vista, ¿qué puede el sociocriticismo como enfoque teórico, aportar al análisis de las políticas públicas en materia de depresión en México?

26. Considera Ud. ¿qué a través del análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México, puede empoderarse la inclusión de este tipo de trastornos dentro de las políticas públicas de salud en general?

27. El eje rector del PAE SM 2013- 2018, es el llamado Modelo “Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”; que tiene un enfoque biopsicosocial, por qué además de proponer estructuras de atención involucra la promoción a la salud mental, la disposición de psicofármacos para los tratamientos de los usuarios y el pleno respeto a sus derechos humanos (prevé la detección, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, así como actividades de promoción y de prevención).

¿Considera Ud. que el enfoque sociocrítico es compatible con el enfoque original del programa? ¿por qué?

28. En congruencia con las políticas y avances internacionales, es necesario incorporar a la formación básica de los recursos humanos en salud mental, particularmente en aquellos para la atención de la depresión; habilidades de convivencia y cohesión con la sociedad, reforzando la perspectiva de la salud mental comunitaria y evitando la estigmatización y aislamiento de personas con trastornos mentales.

¿Considera Ud. que el enfoque sociocrítico en el análisis de esta clase de políticas públicas, coadyuva en el fortalecimiento de las estrategias direccionadas a tales cometidos? ¿Por qué?

29. ¿Considera usted que el llamado enfoque sociocrítico, pueda coadyuvar en el fortalecimiento de las habilidades de autonomía en las personas que padecen enfermedades mentales como la depresión?

30. La autoconcientización, la autoreflexión y la emancipación, como elementos característicos del enfoque sociocrítico, ¿pueden contribuir a modificar la visión que del trastorno tiene la población en general, el enfermo de sí mismo, así como a erradicar el estigma, las violaciones a los derechos humanos y prácticas de tortura en usuarios y usuarias que se encuentran hospitalizados en las unidades médico-psiquiátricas?

CATEGORÍA DE ANALISIS 3.

MARCO NORMATIVO Y PRÁCTICAS INTERNACIONALES

En esta última sección se busca identificar las mejores prácticas a nivel nacional e internacional, en tratándose del marco legal sobre el que se desarrolla la protección hacia los derechos de las personas con trastornos de la salud mental, como la depresión, por ejemplo.

31. Sabe Ud.; ¿qué normas o cuerpo de leyes representan el marco legal sobre los cuales se basa la atención de la depresión y otros trastornos de salud mental?

32. Una de las principales características por las que el estado asigna carácter prioritario en su agenda a esta clase de problemáticas, tiene que ver con la constancia en la aparición del fenómeno en relación con la población y con el porcentaje que afecta a la salud de los individuos. En ese sentido, la depresión y otros trastornos de la salud mental, por sí solos representan la cuarta causa de discapacidad a nivel nacional, sin mencionar el resto de factores que justifican la relevancia actual del fenómeno (comorbilidad asociada con la mayoría de las enfermedades, factores “biopsicosociales” asociados a su aparición, reproducción del ciclo de pobreza, brechas en su atención, violación de los derechos de los pacientes, inobservancia de los derechos humanos para los pacientes, etc.) y no obstante hasta ahora, la respuesta por parte del estado ante este problema, desde el nivel nacional únicamente se refleja mediante una Ley General de Salud que (afortunadamente), se muestra benevolente y destina un capítulo de su contenido a la salud mental y dentro de este apartado, se garantizan de forma mínima los derechos de las personas con depresión.

Atendiendo a la pericia que le distingue, ¿Considera necesaria la creación de una Ley Nacional de Salud Mental?, Sí, no y ¿por qué?

33. ¿Cuál es su opinión respecto a la influencia de la industria farmacéutica en el diagnóstico de la depresión entre la población?, ¿tendrían las normas legales, que limitar la actuación de este sector?

ANEXO 3. PORTAFOLIO DE INTERVENCIÓN CON NOTAS TEÓRICAS AUXILIARES EN LA RESOLUCIÓN DEL CUESTIONARIO 1 (CU- ASPPDM/ DELPHI)

Cuestionario para someter a juicio y valoración de expertos, mediante el método Delphi, el análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en México.
(CU DELPHI- ASPPDM)

Portafolio de instrumentación:

1. Hoja de Información al participante (pág. 2)

- Instrucciones (pág. 3)

2. Anexos

- Consentimiento informado (pág. 4) (Ya fue expuesto ANEXO 1)
- El enfoque Sociocrítico en el análisis de la Política pública (pág. 6)
- el Programa de Acción Específico Salud Mental SM 2013- 2018 (PAE SM 2013-18). *Policy memo* (pág. 7)

1. Hoja de información al participante.

Apreciable y distinguido participante:

Agradeciendo de antemano su colaboración, además de valorar sobremanera su opinión en razón de la pericia que le distingue, nos permitimos hacerle mención de lo siguiente:

El presente instrumento, es parte del diseño metodológico del trabajo de tesis: “Análisis sociocrítico de las Políticas públicas en materia de depresión en México”; investigación cuyo objetivo fundamental es responder a las preguntas: ¿Qué políticas públicas en materia de depresión existen en México? y si ¿es posible su análisis desde un nuevo abordaje teórico- metodológico, por ejemplo; desde el enfoque sociocrítico? En ese sentido; representa una propuesta metodológica de referencia para el análisis de las políticas públicas en salud que se muestren incluyentes con el fenómeno de la depresión en México, en sus tres diferentes etapas: formulación, implementación y evaluación, desde un enfoque sociocrítico, y sobre la base de aplicación del Método Delphi (Dalkney & Helmer, 1948), es decir, a través de esta técnica se pretende que un grupo de expertos (del que Ud. distinguidamente forma parte), analice mediante una serie de preguntas dispuestas en dos rondas sucesivas, algunas generalidades referidas a

las acciones y políticas públicas que para la atención del trastorno depresivo implementa el estado. Los panelistas compartirán su opinión de forma anónima, de manera que ninguno podrá conocer abiertamente la identidad del otro, lo que de facto elimina el sesgo que produciría el reconocimiento e influencia de alguno de los panelistas sobre la opinión de los demás, y de forma que a la larga, estos puedan converger de forma consensuada, con respecto a la viabilidad o no, de la propuesta de tesis que se pretende.

No está por demás, subrayar que su colaboración representa la ocasión de ser participe en el desarrollo de una propuesta teórico metodológica innovadora y muy particular, en la que con su ayuda serán analizadas cuestiones complejas o insuficientemente claras, pero enormemente relevantes para esta área del conocimiento, además, de participar también del máximo cometido de la ciencia: “coadyuvar en el desarrollo y divulgación del conocimiento...” Por último, nos permitimos destacar la importancia de este estudio, así como la de sus valiosas aportaciones, mismas que serán en todo momento anónimas y únicamente utilizadas para fines científicos. En atención a ello le solicitamos muy atentamente no delegar esta tarea a terceros y completarlo personalmente. Si bien los resultados obtenidos no tendrán un carácter vinculante, toda vez que el presente instrumento es más bien una herramienta de análisis alternativa y no un mecanismo de toma de decisiones, sí se espera que aporte muchos y valiosos elementos para la reflexión, pero fundamentalmente un conjunto de opiniones consideradas como elementos clave para fortalecer la propuesta metodológica que se intenta.

Instrucciones:

Su participación, consistirá en responder dos encuestas en forma de cuestionarios electrónicos vía web (o si lo prefiere, mediante la concertación de una cita podrá resolverlo de manera presencial en compañía de quién suscribe este documento) diferidas a lo largo de dos etapas y siguiendo la metodología Delphi. El presente instrumento, corresponde a la primera etapa de este proceso y consta de *33 ítems, distribuidos a través de tres categorías de análisis: 1ª. La depresión como problema de salud pública y el programa de acción específico de salud mental PAE SM 2013 -2018, 2ª. El análisis de las políticas públicas en materia de depresión en México desde un enfoque sociocrítico, y 3ª. Marco normativo y prácticas internacionales.

A fin de que usted pueda, responder de la mejor forma este instrumento; hemos dispuesto dos anexos: ANEXO II: El enfoque Sociocrítico en el análisis de la Política pública y ANEXO III: El programa de Acción Específico Salud Mental SM 2013- 2018 (PAE SM 2013-18). *Policy memo*.

Estimamos que responder a la presente encuesta debería consumir menos de una hora. Hemos fijado como fecha límite para la entrega de las respuestas a este cuestionario el día 15 de mayo del año en curso, para lo cual acordaremos con Ud. la forma de devolución.

El trabajo de campo se completará entre los meses de abril y mayo, periodo durante el que Ud. dispondrá de asistencia técnica permanente. Una vez procesadas las respuestas le remitiremos un informe de los resultados junto a un nuevo cuestionario (más sintético), en el que se focalizarán los problemas, propuestas o categorías de análisis, calificadas como relevantes por el conjunto de los encuestados, de manera que pueda pronunciarse al respecto y generar un nuevo análisis, a partir de una construcción discursiva con base en argumentos sólidos, subrayando el papel de los factores cognitivos y minimizando la racionalidad instrumental en esta clase de procesos.

Con nuestro más sincero reconocimiento, nos ponemos a sus órdenes, en caso de que Ud. requiera mayor información.

Reciba un muy cordial saludo... le agradecemos de nuevo su colaboración.

A N E X O S

ANEXO I. Consentimiento informado

ANEXO II.

El enfoque Sociocrítico en el análisis de la Política pública

Analizar la realidad implica no solo intervenir sobre ella, sino también, de antemano conocerla, estudiarla, y mejorarla, lo que desde luego supone planificar determinadas pautas direccionadas hacia la obtención de dichos fines. Bajo este esquema, indudablemente también descansan las acciones que emprendidas por el Estado, intervienen como soluciones a las demandas sociales; es decir, las llamadas políticas públicas, toda vez que estas suponen ser el instrumento por medio del cual el ente estatal intenta conocer la realidad de la sociedad para quien se erige y mejorar las condiciones de vida en ella.

Así pues; un elevado número de autores se refieren a tres formas de acercamiento a la realidad: unos inspirados en el positivismo lógico (racionalidad científica), otros en la corriente interpretativa o simbólica (hermenéutico-fenomenológica) y finalmente, los últimos basan sus análisis en la denominada perspectiva socio-crítica (política), la cual admite la existencia de una realidad producida por las condiciones del contexto, construida de forma lineal, estructurada históricamente y admitida como real e inmutable.

El paradigma sociocrítico se fundamenta en la llamada Teoría crítica; ésta se inicia con la creación en 1924 del Instituto de Investigaciones Sociales afiliado a la Universidad de Frankfurt y con la agrupación de pensadores alemanes como Teodoro Adorno, Friedrich Pollock y Max Horkheimer. Se fundamenta en la crítica social, con un marcado carácter autorreflexivo, es decir, considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos, pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano, y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social.

Así, de la mano de este particular enfoque; la política se construye a partir del modo en que se conoce y aprehende la realidad, y depende de las ideologías imperantes en una sociedad. Carr y Kemmis, 1988), en Alvarado y García, (2008) sostienen que:

“...la ciencia social crítica intenta analizar los procesos sociales e históricos que influyen sobre la formación de nuestras ideas sobre el mundo social (por ejemplo, el de los factores económicos o culturales en el modelado de nuestras circunstancias)”. (p. 194)

En ese sentido, las manifestaciones del malestar mental, como la depresión, son parte de igual forma, de un marco histórico y cultural propio de una región o de una sociedad ya que se entremezclan con la cultura y las representaciones de un sector o varios sectores de la sociedad a la que pertenece esa enfermedad. (Martell, 2016, p.2)

Ergo; desde el sociocriticismo, la política pública se concibe como un instrumento, una herramienta para el análisis y diagnóstico de la realidad social, insertando en sus objetivos la transformación de dichos entornos, a partir de la reflexión, de la toma de conciencia y finalmente de la emancipación de sus propios miembros. Esta ideología emancipadora, dice Melero (2012); “se caracterizaría por desarrollar sujetos, más que meros objetos, posibilitando que los oprimidos puedan participar en la transformación socio histórica de su sociedad”. (p.344). Según Park (1992) en (Melero, 2009): esta es “una manera intencional de otorgar poder a la gente para que pueda asumir acciones eficaces hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida, tomando, como lo novedoso de este proceso, no el simple hecho de que la gente se cuestione sobre sus condiciones y busque mejores medios de actuar para su bienestar y el de su comunidad, sino el hecho de llamar a este proceso, investigación, y de conducirlo como una actividad intelectual”.

ANEXO III.

EL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPÉCIFICO SALUD MENTAL 2013- 2018 (PAE SM 2013-18) *POLICY MEMO*

A fin de que Usted pueda responder de la mejor manera el Cuestionario para someter a juicio y valoración de expertos: el Análisis Sociocrítico de las Políticas públicas en materia de depresión en México (Cu-Delphi ASPPDM), hemos dispuesto el siguiente *policy memo*, como una breve referencia en relación a dichas políticas, aludiendo de forma particular al contenido del Programa de Acción Específico en Salud Mental PAE SM- 2013 2018, en este caso, por la vigencia que aún permea al documento:

La depresión clínica se considera un trastorno de la salud mental que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos; se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de

culpa, falta de autoestima, pérdida del sueño o del apetito, entre otros. Actualmente, este trastorno afecta a cerca de 350 millones de personas en todo el mundo (OMS; 2017).

Las más recientes investigaciones, con miras hacia el 2020, pronostican que por sí solas, esta clase de enfermedades representarán un 35% de la carga económica global por enfermedad y que de entre ellas; la depresión será la primera causa de años de vida perdidos a consecuencia del padecimiento. En México, el trastorno ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres.

Datos arrojados por el Anuario de Morbilidad de la Dirección General de la Secretaría de Salud (SSA), señalan que de 2014 a 2015, por ejemplo, los casos de depresión en México pasaron de 69 mil 594, a 96 mil 521. Lo anterior, sugiere que durante dicho periodo 80 de cada 100 mil personas presentaron síntomas de esta enfermedad, Durango, Chihuahua, Aguascalientes, Colima y Ciudad de México, estuvieron muy por encima de esta media: 190 habitantes por cada 100 mil, llegaron con depresión a alguna Institución de Salud.

Además, existe un porcentaje bastante significativo en relación al número de personas que se han sentido deprimidas alguna vez en su vida; en el 2016, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), documento a través de la Encuesta Nacional del Hogar (ENH; 2016), que de los 109.2 millones de mexicanos encuestados, el 30.5%, es decir 33.3 millones sintieron depresión, siendo los estados de Michoacán, Tlaxcala y Durango, las entidades con los porcentajes más altos: (49.6%), (44.3%) y (44.2%), para cada uno respectivamente, mientras que Guanajuato (con 10.4%), Sinaloa (9.6%) y Aguascalientes (8.8%) los estados con porcentajes más bajos.

La principal consecuencia producto del padecer depresión, es la discapacidad que provoca, considerando a esta condición como el deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas. Otro aspecto subrayable de este tipo de trastornos es su comorbilidad asociada con la mayoría de las enfermedades físicas, en ese sentido, una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud tanto físicos como emocionales (diabetes, asma, obesidad, estrés, ansiedad, etc.) Es decir; que las vías que conducen a la comorbilidad de estos trastornos, son complejas y fluyen en ambas direcciones: por un lado, los trastornos médicos pueden dar lugar a otros de carácter mental, mientras que las condiciones mentales a su vez, pueden colocar a una persona en riesgo de presentar trastornos médicos, y ambos (los trastornos mentales y médicos), pueden compartir factores de riesgo comunes. (Lara, 2015) en (Medina, Sarti y Real; 2015, p. 76) Además de lo anterior, los trastornos depresivos también han sido vinculados con la ideación suicida; 2 mil 900 personas se quitan la vida diariamente en nuestro país, a causa de este trastorno, según lo reporta la OMS, a través de una columna en el Universal, (19 de nov de 2017).

Por otro lado; la incidencia de este trastorno es concomitante también con los contextos inmediatos de desarrollo social, económico, cultural, y político de los seres humanos, de tal suerte que los llamados factores biopsicosociales: pobreza, desempleo, educación, familiares, de género, grupos vulnerables, abuso de sustancias, violencia, alimentación y en general la exposición a las condiciones estresantes de desigualdad y adversidad social, son determinantes en la aparición e incidencia de este fenómeno, aumentando el riesgo de enfermar. De forma paralela, la presencia de un trastorno mental implica menores oportunidades de desarrollo individual y social, y menores opciones de tratamiento, lo que genera un ciclo de reproducción de la pobreza. (Medina, et al., 2013) en (Medina, et. al., 2015, p. 18).

Por lo que toca a las brechas en la atención del Sistema Nacional de Salud en México, algunos de los obstáculos que enfrentan los pacientes para lograr una adecuada atención, son, entre otros: la estigmatización de los trastornos mentales, una inexacta evaluación clínica, un alto índice de deserción en el tratamiento,

además de una infraestructura insuficiente con una distribución inadecuada y de difícil acceso, la carencia de recursos económicos para brindar un servicio adecuado, apenas el 2% contemplado en el presupuesto de egresos anual a nivel nacional, recursos que en su mayoría son destinados a los hospitales psiquiátricos y no a los centros de atención de nivel primario, en donde se recibe el 80% de la atención ambulatoria.

Los datos anteriores, son apenas una pequeña muestra en torno a la magnitud real del tamaño que este fenómeno, como problemática social representa, y qué, además han contribuido en el reconocimiento de dicho problema como en uno de carácter social y políticamente público, asignando para este, relevancia en la agenda política nacional. Esta es la razón principal a la que obedece la intervención del estado, quien se asume responsable en la solución de dicho inconveniente. En el mismo tenor, desde el año 2001, el estado mexicano, concretamente, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), y del Consejo Nacional contra las adicciones (CONADIC), han venido atendiendo por razón de lo establecido en los artículos 2º, 3º y 72º de la Ley General de Salud y su Reglamento, el fenómeno de la depresión, mediante una nueva e innovadora estrategia de acción basada en el llamado Modelo Miguel Hidalgo; una corriente en la atención de los trastornos mentales cuyos orígenes se remontan a Italia, en el año de 1978. Dicho modelo, a su vez fue producto de la Reforma Psiquiátrica de comienzos del s. XIX, y pugna por la erradicación de viejas prácticas asilares de reclusión, de tortura a los enfermos mentales psiquiátricos y su consecuente remplazo por villas de descanso. En su lugar; se propone la movilización de recursos de forma sistemática hacia la integración de la salud mental en la atención sanitaria general (programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de otras enfermedades no transmisibles crónicas) a través de la creación de Unidades de psiquiatría en hospitales generales y Villas de transición hospitalaria. También incluye un diagnóstico situacional y epidemiológico de los principales problemas psiquiátricos y de salud mental en México. De esta suerte; la principal estrategia del PAE SM 2013- 18, se basa en la promoción y prevención de la salud mental mediante una reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura.

La estrategia promovida por los organismos anteriores, se ha venido materializando mediante Programas de Acción Específica en Salud Mental (2001- 2006, 2006- 2012 y 2013- 2018). El de mayor vigencia, es el Programa de Acción Específico Salud Mental 2013- 2018 PAE SM 2013-2018, es decir, el que implementara la última administración ejecutiva y cuyo contenido, metas e indicadores, se alinean de forma sistemática con los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud para el mismo período, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013- 2018, y del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013- 2018, de tal suerte que su instrumentación es transversal y sectorial, coadyuvando en su desarrollo, (por recomendación de la OMS) los servicios de salud mental y de asistencia social de base comunitaria, los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria mediante la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, además del fomento a la auto asistencia.

Por lo que toca a la evaluación del PAE SM 2013- 2018; este programa no ha sido sujeto al escrutinio de ningún organismo externo (nacional o internacional), toda vez que el mismo, funciona como un mecanismo de autoevaluación, al actuar en conjunto con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, que representan la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las

estrategias, líneas de trabajo e indicadores en materia de atención, detección temprana, prevención y cuidado de trastornos mentales, entre ellos la depresión.

No obstante, sí existen evaluaciones que miden el problema de la salud mental de forma general (y no exclusivo del trastorno depresivo): la última evaluación de los servicios de salud mental en México, (SSA, 2013) señala las siguientes características:

- Se observó que el eje de la atención de salud mental sigue siendo el hospital psiquiátrico.
- Aunque el número de servicios ambulatorios fue más amplio, no alcanzó para cubrir las necesidades de atención.
- Aproximadamente 50% de los pacientes que recibían atención, lo hacían en servicios hospitalarios.
- Los usuarios de los servicios ambulatorios informaron un promedio de cuatro contactos por año, 31% de los establecimientos proporcionaba atención de seguimiento en la comunidad y 4% contaba con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81–100%) habían realizado una o más intervenciones psicosociales durante el año anterior al estudio y 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).
- Se establecieron Villas de Transición Hospitalaria en seis estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco, Tamaulipas, Hidalgo, Durango y Oaxaca y fueron implementados en 33 unidades hospitalarias de atención psiquiátrica, los Programas de Rehabilitación Psicosocial: “Invierno sin Frío”.
- Otra contribución importante fue la incorporación de siete intervenciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) autorizadas para los beneficiarios del Seguro Popular y en relación a los padecimientos psiquiátricos más comunes.
- Para el 2012 se logró el establecimiento de 42 Unidades Médicas Especializadas, Centro Integral de Salud Mental (UNEMES-CISAME) en 20 entidades federativas, para brindar atención ambulatoria con un modelo integral, cercano a la comunidad, conformado por distintos profesionales de la salud mental.

Las mejores prácticas a nivel nacional e internacional, se alinean con los criterios de los organismos de mayor reconocimiento en la materia (OMS, OPS, entre otros) y pugnan por la implementación de sistemas sanitarios que ofrezcan atención de calidad y eficiencia garantizada, con base en los derechos humanos de los pacientes con trastorno mental. Su objetivo es la rehabilitación integral del enfermo, lograr una reinserción social basada en la autosuficiencia. También se insta por la erradicación de la discriminación y el estigma sobre el trastorno depresivo y sobre su atención, así como la de otros más de la salud mental.

ANEXO 4. CUESTIONARIO PARA RONDA 2 (CU II- ASPPDM)

2DA RONDA DE INTERVENCIÓN/ DELPHI:

CU II- ASPPDM

FICHA TÉCNICA DE INFORMACIÓN CLAVE DE LOS EXPERTOS

Distinguido panelista:

Con el gusto de volverle a saludar, a nombre del equipo de trabajo a cargo de este proyecto de tesis e investigación que lleva por nombre: Análisis sociocrítico de las políticas públicas en materia de depresión en población adulta en México, misma que se desarrolla en la Universidad Autónoma del Estado de México, campus Amecameca, y con la subvención del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT); agradecemos su fina atención, así como su disposición para responder este segundo cuestionario (el CU-II-ASPPDM- DELPHI), correspondiente a la 2° ronda de intervención del estudio Delphi (Dalkney & Helmer, 1963) para conocer la opinión de un grupo de expertos (del que usted forma parte), respecto a la depresión como problema de salud pública entre la población mexicana y en relación con las políticas públicas que el Estado ha diseñado para el combate de este y otros trastornos. En la ronda 1 uno, además de analizar a los tópicos de mención, los panelistas también revisaron el contenido del Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013- 2018, el documento escrito de mayor vigencia que contiene la gran mayoría de acciones e intervenciones de esta clase. Conjuntamente, se revisó la opinión del grupo respecto a la posibilidad de analizar el proceso de las políticas públicas en materia de depresión, desde un enfoque Sociocrítico (Vera y Jara, 2016). Las respuestas del panel fueron analizadas críticamente, con el auxilio de la Saturación de discurso (Hernández y Batista, 2008), en función de la homogeneidad y unidad gramatical de los textos y, por último, apoyados de la estadística de medidas de tendencia central (Hsu y Sandford; 2007, p. 4), sobre todo en la exposición numérica, y en ocasiones gráfica de los resultados.

Así, fue posible identificar los ítems de mayor representatividad, mismos que sirvieron de base para la construcción de este segundo cuestionario, estructurado sobre la base de una escala tipo Likert (Likert, 1932) y (Nadler, Weston y Voyles, 2015), en (Matas; 2018, p. 39) y, siguiendo a (Riaño y Palomino; 2015, p. 135), cuyo propósito más principal, es la concreción de los consensos previstos en la primera intervención, a fin de esbozar una opinión general que represente al grupo, a la hora de hablar sobre depresión pública, sobre las políticas que el estado mexicano ha diseñado para su atención, y sobre los enfoques alternos, como el propuesto por la Teoría sociocrítica, que pudieran utilizarse en el análisis de los procesos de decisión de que se trata.

Por favor, sírvase a proporcionar los generales que se le solicitan:

Nombre (completo):

Edad:

Sexo:

M

F

Teléfono celular, de trabajo y/o casa:

Correo electrónico:

Grado o nivel máximo de estudios:

Licenciatura

Maestría

Doctorado

Posdoctorado

Profesión:

Ocupación actual:

Institución en donde actualmente labora: _____	Años en el puesto: _____
--	--------------------------

Años de experiencia en temas relacionados con la salud pública y/o las políticas públicas en este rubro: _____

Instrucciones. – Por favor; lea atentamente cada uno de los ítems que se le proponen y marque la opción que en su opinión de experto le corresponde a dicha declaración.

Ejemplo:

CATEGORÍA	DECLARACIÓN					OPCIÓN DE RESPUESTA
***	<u>ÍTEM ***</u> ¿El cielo es azul?					<u>R5 Muy de acuerdo</u> R4 De acuerdo R3 Indiferente R2 En desacuerdo R1 Muy en desacuerdo
	<input checked="" type="checkbox"/>	R4	R3	R2	R1	

CATEGORÍA	DECLARACIÓN					OPCIÓN DE RESPUESTA
El problema (PRO)	<u>ÍTEM 1.</u> Desde su opinión como experto; ¿cómo califica el problema de la depresión entre la población mexicana?					R5. Es un problema grave e importante R4. Es un problema grave, pero no importante R3. Es un problema importante, pero no grave R2. Es un problema que no es grave, ni tampoco importante R1. No considero que la depresión sea un problema de salud pública
	R5	R4	R3	R2	R1	

Por favor, justifique su respuesta: _____

El problema (PRO)	<u>ÍTEM 2.</u> La pobreza y los factores relacionados con las redes de soporte familiar, representan los principales elementos del medio externo que inciden en la atención de la depresión como problema de salud pública en México, con importantes implicaciones para las políticas públicas diseñadas para su atención: Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:					R5 Muy de acuerdo R4 De acuerdo R3 Indiferente R2 En desacuerdo R1 Muy en desacuerdo
	R5	R4	R3	R2	R1	

El problema (PRO)	<p><u>ÍTEM 3.</u></p> <p>Por favor, marque con una cruz (x), el factor de los llamados psicosociales al cual, inmediatamente después de la pobreza y los factores familiares, usted atribuye una mayor importancia en la atención de la depresión como problema de salud pública en México, con importantes implicaciones para las políticas formuladas para su atención:</p>		R1 Desigualdad
	R1	R2	R2 Factores genéticos

El problema (PRO)	<p><u>ÍTEM 4.</u></p> <p>La visión social (percepción) que se tiene de la depresión como problema de salud pública en México, influye de forma importante en el diseño y formulación de las políticas públicas y demás acciones encaminadas a la solución de este problema: Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:</p>					R5 Muy de acuerdo
	R5	R4	R3	R2	R1	R4 De acuerdo
						R3 Indiferente
						R2 En desacuerdo
						R1 Muy en desacuerdo

Por favor, justifique su respuesta: _____

El problema (PRO)	<p><u>ÍTEM 5.</u></p> <p>Una de las mejores estrategias de solución al problema de la depresión y su atención entre la población en México; es la difusión de información mediante la educación, es decir, fomentar una cultura de la salud mental en todos los espacios y niveles educativos, como la mejor manera de combatir la problemática: Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:</p>					R5 Muy de acuerdo
	R5	R4	R3	R2	R1	R4 De acuerdo
						R3 Indiferente
						R2 En desacuerdo
						R1 Muy en desacuerdo

Por favor, justifique su respuesta: _____

La política (POL)	<p>ÍTEM 6. Desde su opinión como experto, ¿cómo califica a las políticas públicas que ha diseñado el Estado mexicano para atender el problema de la depresión entre la población nacional cómo, por ejemplo, el PAE SM 2013- 2018? Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:</p>					<p>F1 Adecuadas, suficientes y eficaces F2 Funcionan y son útiles; pese a que no son completamente adecuadas, suficientes o eficaces F3 Indiferente (no les asigna ninguna calificación) F4 Inadecuadas, insuficientes e ineficaces F5 Inútiles, no funcionan</p>
	R1	R2	R3	R4	R5	

Por favor, justifique su respuesta: _____

La política (POL)	<p>ÍTEM 7. Es necesario el diseño de <u>una política pública exclusiva</u> para atender a la depresión como problema de salud pública entre la población mexicana:</p>		<p>R2 Si R1 No</p>
	R2	R1	

Por favor, justifique su respuesta: _____

--- La política (POL)	<p>ÍTEM 8. Qué opinión le merece, la adopción desde el año 2002 en México del nuevo modelo de atención en salud mental llamado “Miguel Hidalgo”; de base comunitaria, que pretende la ampliación de la cobertura de los servicios de atención para enfermos mentales, mediante la integración de enfermedades como la depresión en los servicios de asistencia general, y la erradicación de viejas prácticas asilares, para promover y prevenir esta clase de trastornos entre la población mexicana: Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:</p>					<p>F1 Adecuado F2 Funciona; pese a que no es completamente adecuado F3 Indiferente (no les asigna ninguna calificación) F4 Inadecuado F5 Inútil, no funciona</p>
	R1	R2	R3	R4	R5	

Por favor, justifique su respuesta: _____

La política (POL)	ÍTEM 9. ¿Es posible analizar a las políticas públicas en materia de depresión en México, desde el enfoque sociocrítico? Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:		R2 Si
	R2	R1	R1 No

Por favor, justifique su respuesta: _____

La política (POL)	ÍTEM 10. ¿Existe compatibilidad de perspectivas entre el enfoque biopsicosocial del PAE SM 2013- 2018 y el enfoque Sociocrítico? Marque con una cruz (X), su opción de respuesta:		R2 Si
	R2	R1	R1 No

Por favor, justifique su respuesta: _____

La política (POL)	ÍTEM 11. Desde su opinión como experto, ¿considera que el desarrollo de los elementos característicos del enfoque sociocrítico (autoconcientización, autoreflexión y emancipación de los sujetos), aplicados en cualquier etapa del proceso de diseño de las políticas públicas en materia de depresión en México, contribuyen de forma significativa en la disminución de las brechas de atención que actualmente enfrenta el trastorno? Marque con una cruz (X), su opción de respuesta.					R5 Muy de acuerdo
	R5	R4	R3	R2	R1	R4 De acuerdo
						R3 Indiferente
						R2 En desacuerdo
						R1 Muy en desacuerdo

Por favor, justifique su respuesta: _____

La norma (NOM)	ÍTEM 12. Se requiere de un mayor trabajo de difusión por parte del Estado, respecto a los derechos y garantías jurídicas que tienen las personas con depresión, así como también, difundir información relacionada con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional, dispuestas para su atención: Marque con una cruz (X), su opción de respuesta.					R5 Muy de acuerdo
	R5	R4	R3	R2	R1	R4 De acuerdo R3 Indiferente R2 En desacuerdo R1 Muy en desacuerdo

Por favor, justifique su respuesta: _____

¡Muchas gracias!

CARTA CERTIFICADO DE NO PLAGIO (I~~T~~HENTICATE)



Universidad Autónoma del Estado de México
Maestría en Sociología de la Salud

Amecameca, Edo. Méx, 08 de julio de 2020
Asunto: Carta certificado de no plagio.

A QUIEN CORRESPONDA PRESENTE:

Sirva este medio para enviarles un cordial saludo, e informo por este medio que a partir del 2019 la Comisión Académica de la Maestría en Sociología de la Salud por indicación de la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados, se acordó someter los trabajos finales de tesis de posgrado al software *Ithenticate*, esto para detectar similitud o plagio de los trabajos, siendo el mínimo de similitud permitidos de 35% y un 0% de plagio. Es así, que me permito indicar que el trabajo de tesis de la alumna *Diana Jezabel Mejía Galicia* con título de tesis **“ANÁLISIS SOCIOCÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA EN MÉXICO”** obtuvo un 19% de similitud y 0% de plagio. Se anexa evidencia:

ANÁLISIS SOCIOCÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA EN MÉXICO

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

Reiteramos nuestro compromiso, para garantizar la autenticidad y correcta procedencia de la información de tesis generadas en este posgrado. Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE
“PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO”

“2020, Año del 25 Aniversario de los Estudios de Doctorado en la UAEM”



Maestría en Sociología de la Salud
COORDINACIÓN

Dra. Ofelia Márquez Molina
Coordinadora de la Maestría en Sociología de la Salud

ccp. Archivo.

Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayapango.
Amecameca, Estado de México
Tel. (597) 9782158 / 59
www.uaemex.mx

CU Amecameca