

CAPÍTULO XI

Dra. María Elena Medina Mora

Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Mtra. Tanía Real Quintanar

Salud mental y adicciones, dos problemas interrelacionados

XI. Salud mental y adicciones, dos problemas interrelacionados

Introducción

México atraviesa por un momento difícil, la población coloca en la cima de los problemas actuales a la inseguridad y a las dificultades económicas; el miedo y la desesperanza son sentimientos frecuentes y las salidas al problema no se ven fáciles¹. Estos elementos fomentan el estrés de la población y en aquellos más vulnerables, por reunir factores heredados y de desarrollo, incrementan el riesgo de manifestar una enfermedad mental.

En el mundo actual, México no es la excepción, las enfermedades mentales se han incrementado, la depresión ocupa ya el segundo lugar en la carga de enfermedad medida por días vividos sin salud y mortalidad prematura; el abuso de alcohol, las violencias y las demencias aparecen en los diez primeros lugares², el índice de personas que intentan suicidarse o se suicidan y las que padecen adicciones han aumentado, afectando especialmente a los jóvenes.

Nuestros niños y los jóvenes también están expuestos a vicisitudes antes no vistas, que incluyen el ser testigos y víctimas de violencia en la familia o por parte de sus pares, muchos de ellos viven en zonas altamente inseguras; estas experiencias incrementan la probabilidad de presentar una enfermedad mental la que, cuando ésta no es tratada, aumenta el riesgo de deserción escolar, victimización y abuso de drogas⁵. Es también cierto que nuestra población está envejeciendo y que la depresión y la demencia forman parte de este proceso.

La enfermedad mental afecta también el curso de otras enfermedades crónicas, por ejemplo, la depresión disminuye la sobrevivencia de pacientes con enfermedades con cáncer⁶; interactúa de manera negativa con la pobreza, hay mayor probabilidad de que las personas que viven en condiciones económicas precarias presenten enfermedades mentales⁷ y, es mayor la probabilidad de que las personas con un trastorno mental caigan en la pobreza o se mantengan en ella⁸. Del mismo modo, los niños y jóvenes víctimas de violencia son más susceptibles a la enfermedad mental y a volverse adultos violentos, lo cual sienta las bases para que el ciclo de violencia se replique.

Uno de cada cuatro mexicanos, entre 18 y 65 años, tiene una historia de problemas psiquiátricos, pero sólo uno de cada cinco recibe tratamiento⁴.

El reto de atender la demanda es grande, pero se buscaría sumar y fortalecer la manera en que se atiende la salud de la población y no competir por los recursos con otras enfermedades. La buena atención de la salud mental, integrada en el sistema global de atención a la salud, fortalecería la atención proporcionada en el primer, segundo y tercer nivel de atención no especializado en psiquiatría y haría más eficiente el trabajo especializado.

En este artículo, planteamos un enfoque conceptual sobre el problema de la enfermedad mental, abordamos el tema de las drogas cuando se une al que nos ocupa y por razones de espacio, no abordamos la política de drogas en su concepto amplio, ya que lo hemos tratado en otros textos^{9, 10}. Describimos aquí brevemente la situación con la que nos enfrentamos y hacemos una serie de propuestas, con base en el resultado de investigaciones que permiten orientar acciones sólidas y científicamente respaldadas.

La atención a la salud mental desde la Salud Pública

La enfermedad mental incluidas las adicciones resultan de una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Sabemos que son enfermedades ancladas en el cerebro, que son modeladas por el medio ambiente y que existen profundas relaciones entre la salud mental, la salud física y la salud social; por ello un enfoque de salud pública es especialmente útil. Este enfoque permite proponer acciones amplias que abarcan la esfera individual y la social y alejan las soluciones de la medicina de especialidad para hacerla más comprehensiva abarcando todos los niveles de atención e integrando la atención a la salud mental en el sistema nacional de atención a la salud. Solo así podremos hacer frente al rezago histórico que ha caracterizado la atención a estas enfermedades.

Hoy en día, persisten una serie de barreras para un tratamiento adecuado, las que incluyen desde la manera aún estigmatizada de cómo se concibe a la enfermedad mental, lo que alcanza y debilita tanto a las instituciones que la tratan como a los profesionales cuya vocación es atender a estos enfermos, hasta las políticas globales y la manera como se proporciona la atención a este problema.

La nueva propuesta que presentamos, aborda estas barreras y propone estrategias que permiten incrementar el número de personas que están recibiendo atención de acuerdo al tipo de enfermedad y su gravedad, sustentando la variedad de servicios la formulación de políticas y financiamiento adecuados.

Un marco conceptual de Salud Pública permite enfrentar este reto; se preocupa por la salud de la población total y la influencia que sobre ésta tiene el contexto sociocultural. Considera no solamente el diagnóstico, el tratamiento, la etiología y el pronóstico, sino también la necesidad de contar con diagnósticos epidemiológicos del estado de salud de la población y de sus subgrupos, identificando los más vulnerables y los que están en mayor rezago. Trabaja en un marco amplio, permite el desarrollo de estrategias de promoción de la salud incluida la salud positiva que buscaría promover ambientes saludables en donde se favorezca el desarrollo de la capacidad de los individuos y de los grupos, de interactuar y de usar sus habilidades mentales para lograr un estado de bienestar la prevención de enfermedades atendiendo los riesgos de enfermar, el sistema de atención a los enfermos, la evaluación de los servicios y de las políticas públicas.

¿Cuál es la situación en México?

Cualquier propuesta de acción debe partir de un diagnóstico de la manera peculiar como el problema afecta a la población a quien se dirigen las políticas; incluye los retos demográficos que orienta sobre los grupos a los que sirven y deben de servir las políticas propuestas, las transiciones sociales que señalan riesgos para la salud y oportunidades para las políticas, la prevalencia de las enfermedades, la manera en que se proporcionan los servicios y las políticas públicas.

La transición demográfica nos ha convertido en un país de jóvenes con un número creciente de personas de la tercera edad¹¹. Las oportunidades de educación y empleo no han aumentado para cumplir con la creciente demanda de la población joven¹², sin oportunidades de desarrollo son presa fácil de las drogas y están en mayor riesgo de presentar otros problemas de conducta y/o emocionales, desesperanza y suicidio, problemas que en los último años se han incrementado en este grupo poblacional^{13, 14}.

El aumento de personas de la tercera edad implica un compromiso mayor de atender la depresión que es parte normal de envejecer y los problemas cognitivos, para unos será una transición entre el funcionamiento normal y la demencia, otros se mantendrán estables con trastornos menores. Intervienen factores genéticos y sociales, aumentan el riesgo una historia de depresión y el abuso de alcohol. Las personas de la tercera edad y sus familias, en especial el cuidador a cargo, requieren más apoyo y mejores programas de atención.

También han aumentado las condiciones de pobreza e inequidad, se estima que el 21.7% de la población presenta rezago educativo; 18.9% no cuenta con servicios básicos en la vivienda, y 21.6% presenta carencias en su alimentación¹⁵. La carencia de acceso a servicios de salud se ha reducido considerablemente con la formación del Seguro Popular¹⁶, aún así éste no ha materializado la cobertura para tratar a la enfermedad mental. México ha sido un país de alta concentración del ingreso que ha beneficiado, básicamente, al 10 % más rico de la población¹⁷. Quienes han quedado excluidos de las oportunidades del desarrollo y se encuentran desempleados están más expuestos a vivir situaciones estresantes y por tanto, tienen más riesgo de enfermar¹⁸.

La búsqueda de mejores oportunidades ha dado lugar a dos importantes transiciones sociales: la migración a los Estados Unidos¹⁹, que afecta a nuestros connacionales en aquél país, a sus familias que quedan atrás y a quienes retornan trayendo consigo un incremento de enfermedades mentales, por abuso de sustancias e infecciones como el VIH. Y una segunda transición, no menos importante, es la participación de niños y mujeres en el trabajo, los más pobres en el sector informal, que trae nuevos retos para familias y especialmente para los niños, sobre todo si trabajan en escenarios en donde hay disponibilidad de drogas y son víctimas de violencia²⁰.

Los determinantes sociales

La violencia contra la mujer, los ancianos, los niños y adolescentes, incluida la ejercida por sus pares, ha aumentado. Aumenta también la inseguridad²¹. Los niños y los adolescentes son los principales afectados. Los estudios sobre exposición a la violencia indican que más de la mitad de la población ha estado expuesta a alguna adversidad antes de llegar a la edad adulta (54.5%). Entre las adversidades más comunes está el haber sido testigo de violencia familiar (20.1%) y de abuso físico (19.5%). Las personas expuestas a alguna adversidad están expuestas a otras más y casi el 50% de los individuos con una adversidad tuvo por lo menos una más⁵.

Sabemos que tienen más probabilidad de haber experimentado adversidades los adolescentes de mayor edad, que han abandonado la escuela, cuyas madres tenían menos de 21 años al momento del parto, con tres o más hermanos, padres con menor escolaridad; los adolescentes que han abandonado la escuela tienen casi el doble de la probabilidad de haber experimentado negligencia, más probabilidad de muerte de un padre, otras pérdidas parentales, abuso de sustancias en los padres, ser testigos de violencia doméstica, y conducta criminal en el padre⁵.

De este mismo estudio⁵ sabemos que el 43% de las violaciones se asociaron con ideación suicida; que haber experimentado un evento traumático se asoció con un incremento de 3.2 la probabilidad de ideación, 5.1 veces la probabilidad de idear un plan y 6.6 veces la probabilidad de un intento; y que haber experimentado 3 o más eventos, incrementó la probabilidad de intento 13.7 veces.

La experiencia de vicisitudes en la infancia se asocia con un riesgo incrementado de desarrollar dependencia a drogas; la conducta criminal de los padres aumentó la probabilidad 6.6 veces, el haber sido testigo de violencia, 2.6 veces y el abuso físico 2.2 veces⁵.

El incremento en el estrés de la vida cotidiana se asocia con un incremento de la muerte por suicidio que aumentó en forma importante a partir de 1970. Este ha crecido tanto en los hombres como en las mujeres, siendo mayor entre los primeros. Por grupos de edad y sexo, se observa un aumento importante en las tasas de suicidio en los grupos de 15 a 34 años de edad en hombres y mujeres, y en los hombres también en el grupo de 65 o más²². Las encuestas sobre epidemiología psiquiátrica muestran un claro efecto de cohorte con un incremento en las tasas de trastornos en las generaciones más jóvenes^{23, 24, 25, 26, 27, 28} y las encuestas de adolescentes reportan un índice mayor de problemas que lo que reporta la población adulta durante su adolescencia²⁹.

El inicio temprano de estos trastornos se ha asociado con un mayor riesgo de dependencia a drogas cuando los adolescentes se encuentran con ellas, cuando

antecedentes problemas de ansiedad o depresión, el riesgo de consumir drogas y desarrollar dependencia se incrementa entre 3 y 10 veces^{25, 26, 30}.

El abuso de otras drogas se ha incrementado, particularmente en el consumo de marihuana y cocaína, y en algunas regiones, de estimulantes tipo anfetamínico. La heroína se ha extendido a otras regiones del país. Se trata de una enfermedad de inicio temprano, alrededor de los 17 años³⁰ y las diferencias entre hombres y mujeres han desaparecido, en total 0.6% de la población presenta dependencia²³. El abuso del alcohol es el cuarto factor de riesgo para mortalidad y el primero para discapacidad en México, se dan las condiciones que incrementan el riesgo de problemas, existe una alta proporción de abstemios, el consumo diario es poco frecuente, no se asocia con los alimentos como ocurre en las sociedades mediterráneas, se bebe con poca frecuencia pero con grandes cantidades en cada ocasión de consumo. El hecho de que el consumo se dé con frecuencia fuera del hogar, y que se consuma en cantidades elevadas se asocia con un riesgo importante de accidentes³¹.

Se ha estimado que la depresión unipolar es la principal causa de días perdidos por mortalidad prematura o días vividos sin salud (DALYs) con 6.4% de la carga total de enfermedad; los trastornos por abuso de alcohol representan un 2.5% adicional y la esquizofrenia, 2.1%. Juntas, estas tres condiciones, representan 11% de la carga total de enfermedad².

Cerca de uno de cada cuatro mexicanos, entre 18 y 65 años, que viven en zonas urbanas del país, tiene una historia de problemas psiquiátricos (23.7%) y en uno de cada diez, el trastorno estuvo presente el año previo al estudio (11.6%), poco más de la mitad de ellos tenían síntomas suficientes para calificar presencia del trastorno en los 30 días previos a la entrevista (5.0%)²³. Las psicosis afectan a un 1% de la población. Las psicosis y uno de cada 5 trastornos de ansiedad, del afecto y del impulso son severos y requieren tratamiento farmacológico y psicosocial. La enfermedad mental afecta en proporción similar a hombres y mujeres, pero mientras que ellas presentan más frecuentemente trastornos del afecto y de la ansiedad, ellos presentan con más frecuencia trastorno disocial y por abuso de sustancias²³.

Los trastornos mentales producen niveles elevados de discapacidad, por encima de los derivados de muchas enfermedades crónicas³², sin embargo sólo dos de cada diez sujetos con un trastorno mental recibe atención³³.

Los recursos de atención más utilizados son los médicos generales, seguidos por los profesionales de salud mental y, en tercer lugar, los psiquiatras³³. En México, a diferencia de lo que ocurre en otros países de nivel bajo y medio de desarrollo y en los países desarrollados, una proporción mayor de personas reciben atención en unidades especializadas cuando se les compara con aquellas atendidas en unidades de primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en éste nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas³⁴, lo que sugiere que las

personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad que requiere atención de alta especialización.

El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de trastorno³³. Cuando se considera la adecuación de tratamiento observamos que la mitad de la población enferma (57%) recibe un tratamiento mínimo adecuado en los doce meses previos, es decir, recibió al menos cuatro sesiones de psicoterapia o cuando se trataba de farmacoterapia, al menos dos visitas y tratamiento con fármacos por cualquier período de tiempo o aún en tratamiento al momento de la entrevista³⁵.

México tiene una mediana de 1.6 psiquiatras por 100,000 habitantes³⁶. Muy inferior a la observada en Europa (9/100 000 habitantes), Canadá y los Estados Unidos (10/100 000 habitantes)³⁷. Atender a la demanda es posible con la integración de equipos de salud mental con la participación de enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y médicos generales, que apoyen la identificación de casos y atiendan a los menos graves o aquellos que están estables y solo requieren su medicamento y evaluación de estado general de salud o tratamiento psicoterapéutico. Dado que la evaluación de las personas gravemente enfermas requiere de la participación de psiquiatría y que estos especialistas deben de atender a los casos descompensados y a los más graves, el acompañamiento de psiquiatras en los centros de salud con visitas semanales o mensuales, es un modelo que ha logrado resultados prometedores³⁸.

Lograr que el primer nivel especializado se convierta en el eje de atención de la salud mental, requiere enfrentar barreras asociadas con el estigma para favorecer tanto la búsqueda de atención como la identificación e intervención más oportunas. Es también necesario romper las barreras sobre la manera en que está organizada la atención para favorecer la participación de otros grupos y el desarrollo de incentivos y apoyo de capacitación para el trabajo en grupo.

La infraestructura para la atención de los trastornos mentales es limitada, solo se destina un 2% del gasto en salud a la salud mental cuando al menos el 11% de la carga de enfermedad se debe a esta padecimiento; y el 80% se destina a hospitales psiquiátricos con una proporción desfavorable de pacientes internos en relación con la atención ambulatoria con solo 1.7 pacientes en atención ambulatoria por cada uno que es internado y con solo 2% de las camas ubicadas en hospitales generales³⁶. Este desequilibrio obedece a varias razones estructurales; al no estar integrada la atención a estos padecimientos en el Sistema Nacional de Salud, no hay un mecanismo adecuado de detección y atención en primer nivel o segundo nivel de atención, ni un adecuado sistema de referencia que permita por un lado que los pacientes con condiciones graves sean atendidos en el tercer nivel y, que aquellos que llegan a este nivel especializado y que presenten condiciones leves o moderados sean referidos al primer y segundo nivel o idealmente que sean detectados en estos niveles. Los pacientes por tanto

tardan mucho tiempo en llegar a tratamiento y cuando llegan tienen complicaciones importantes que en muchos casos ameritan internamiento. La falta de acceso a medicamentos contribuye a que una detección temprana pueda no ser tratada y a las recaídas y demanda de rehospitización. La carga mayor la llevan los familiares, a quienes el estado no ofrece apoyo de traslado a hospitales cuando el enfermo se descompensa. Los cuidadores de enfermos presentan tasas de depresión superiores a la media poblacional³⁹.

Estos datos, junto con la evidencia de que el tratamiento de estos padecimientos es igualmente efectivo que el que se da para otras enfermedades crónicas que presentan recaídas, indican que es necesaria una inversión mayor para atender estas enfermedades con los modelos que han probado ser efectivos pero también, que requerimos de mejores maneras de invertir los recursos disponibles. La investigación realizada en México muestra intervenciones costo efectivas para los tres principales padecimientos; depresión, alcohol, y esquizofrenia.

Utilizando la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud “WHO Choice” (selección de intervenciones que son costo efectivas, por sus siglas en inglés) encontramos que, en México, en la depresión la mejor relación costo beneficio ocurría cuando se elegía una sola intervención, era el tratamiento con inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) y la relación costo beneficio se daba con una combinación de antidepresivos tricíclicos combinados con psicoterapia breve y el manejo proactivo de casos (con un 33% del costo actual por cada AVISA evitado) con poca diferencia cuando estas dos estrategias se combinaban con ISRS (35% del costo actual)⁴⁰.

En la esquizofrenia, con un incremento de la cobertura de atención de este padecimiento y asegurando disponibilidad de antipsicóticos típicos, puede duplicarse los AVISAS evitados y éste es de tres a cuatro veces mayor cuando se combina con intervenciones psicosociales. El tratamiento con mayor costo efectividad es el que combina antipsicóticos típicos, intervenciones psicosociales y manejo proactivo de casos. Esta intervención reduce a una tercera parte el costo de la reducción en la carga de la enfermedad cuando se le compara con el modelo actual⁴¹.

El costo del uso nocivo y dependencia del alcohol así como de las complicaciones del uso agudo de cantidades importantes (como son las lesiones derivadas de accidentes o violencias), puede reducirse efectivamente con medidas de restricción de la disponibilidad, a través de estrategias como el incremento de impuestos, que debe de acompañarse de reducciones de la circulación alcohol que no paga impuestos, de consejo breve en primer nivel de atención, que tiene la mejor efectividad pero también un costo mayor, regulación de disponibilidad que ha mostrado ser efectiva cuando hay prohibición total, regulación de acceso a establecimientos (edad, horario de venta, densidad de puntos de venta y corresponsabilidad del expendedor) y pruebas aleatorias de aliento⁴².

Estos resultados muestran que políticas públicas que aseguren cobertura de tratamiento, acceso a medicamentos y tratamiento psicoterapéutico y, en el caso del alcohol, de otras políticas públicas que regulan el acceso, pueden reducir de manera muy significativa el peso de la enfermedad en México.

Hacia una mejor respuesta

I. Aumentar la proporción del gasto en salud que se dedica a la salud mental.

Las enfermedades mentales son responsables del 11% de la carga global de enfermedad y la proporción del gasto en salud que se le dedica es de 2%. Se propone incrementar la proporción al menos hasta un 5.5%

II. Fortalecer la inversión en ciencia y tecnología

Un programa que no esté basado en evidencia y sea sujeto a evaluaciones continuas correrá el riesgo de no tener el impacto deseado. La información es un elemento indispensable, se cuenta con una encuesta nacional de población adulta, una encuesta local de población adolescente, ambas datan ya de algún tiempo; el incremento en la violencia y otros factores de riesgo mencionados en este trabajo hacen suponer que las necesidades de atención han aumentado. Es por tanto un momento adecuado para llevar a cabo una encuesta nacional de población adolescente, adulta y de la tercera edad bajo el mismo esquema de la encuesta anterior.

Es necesario repetir el ejercicio lo que permitiría evaluar tendencias, actualizar las estimaciones sobre la magnitud de la demanda, y servir de línea base para evaluar el impacto de la reforma que se propone. Es necesario realizar encuestas más frecuentes que den cuenta del problema de las adicciones incluido el alcohol; profundizar en el análisis de las violencias, sus determinantes e impacto en la salud así como en la evaluación de las estrategias para prevenirla y mitigar su impacto sobre la salud mental del individuo. Deben desarrollarse mecanismos que permitan una mejor integración y difusión de la información.

También debe de apoyarse la investigación científica básica y aplicada, que lleve a mejores métodos de diagnóstico, a nuevos y mejores modelos para atender el problema. Aumentar la capacidad de predecir quién está en riesgo de enfermar. Desarrollar el conocimiento biopsicocultural que permita entender el proceso salud - enfermedad. Desarrollar las intervenciones para revertir este proceso. Usar el conocimiento acerca de los factores biológicos ambientales y sociales para lograr intervenciones personalizadas y asegurar que la investigación involucre a la diversidad de personas e instituciones que participan en el cuidado de la salud.

México ha sido reconocido por sus contribuciones en materia de adicciones y salud mental derivadas de la investigación básica y aplicada. Sobresalen sus aportes en las neurociencias, la investigación epidemiológica que ha permitido

conocer el problema y sus tendencias, el desarrollo de modelos de intervención adaptados y eficaces para tratar el problema con grupos vulnerables, y el desarrollo de vacunas anti adictivas con un modelo avanzado para la heroína⁴³, morfina, cuya patente fue lograda por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y que iniciará pruebas clínicas en humanos en un futuro próximo; si es exitoso, el modelo transformará la manera en que se trata el problema. El apoyo a la investigación y al desarrollo tecnológico debe de ser continuo, esto hará el desarrollo sustentable y ayudará a aumentar la proporción de patentes que se logren.

III. Invertir en programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades

Combatir el estigma que constituye una barrera para la atención oportuna de la enfermedad y que debilita a los proveedores de servicios y a las instituciones. Informar sobre la naturaleza de la enfermedad, combatir mitos y darle su lugar como cualquier otra enfermedad. Promover el desarrollo social y lograr un ambiente de respeto y afecto en donde los niños puedan crecer y desarrollarse de manera digna y sana. Educar en la tolerancia y soluciones pacíficas a conflictos; entrenar en habilidades de parentalidad positiva que permitan romper el ciclo de reproducción de los problemas de conducta y la violencia.

Favorecer el desarrollo de los adolescentes. Una política enfocada en oportunidades para el desarrollo de los adolescentes y jóvenes y en sus derechos humanos, aceleraría la lucha contra la pobreza, la inequidad y la discriminación de género. La inversión en la primera etapa de la vida, que ha reducido la mortalidad infantil, no alcanzará sus frutos si no se invierte también en la segunda década de la vida. Una proporción importante de adolescentes enfrentan hoy retos que incluyen acceso a la educación, conseguir un empleo o simplemente mantener la vida. Esta generación tendrá que enfrentar en su vida adulta las implicaciones de la crisis actual. Tendrán que contender con el cambio climático, con la degradación ambiental, con el crecimiento de la densidad de las zonas urbanas, con el envejecimiento de la sociedad, con el VIH y con el costo de atención de la salud, etc. La adolescencia no es solo una etapa de vulnerabilidad sino un momento de oportunidad. Una mujer que asiste a la escuela tendrá menos riesgo de ser madre prematuramente, una educación sobre tolerancia durante el noviazgo romperá el ciclo del machismo y la violencia en la familia. Una depresión tratada no bloqueará las oportunidades de desarrollo de los adolescentes.

IV. Ampliar la cobertura. Integrar la atención a la enfermedad mental en los programas de atención a la salud general.

Establecer equipos de salud mental en primer nivel de atención y consolidar y ampliar programas de primer nivel especializado (UNEME CISAME- CECOSAM) que consideren las necesidades sentidas por la población.

En el caso de los trastornos por abuso de sustancias, se busca también una cobertura universal de tratamiento para las personas con trastornos por abuso de

sustancias. Reconocer las diferencias individuales entre los enfermos y por tanto que el tratamiento pueda adaptarse a las necesidades de cada persona. Integrar los recursos de la atención a las adicciones y a la salud mental.

En el Segundo nivel, abrir camas para atención a la salud mental en hospitales generales que incluyan un área para pacientes descompensados que deberá de venir acompañado de una ampliación de plazas de psiquiatría en los Hospitales Generales y de Alta Especialidad. Transformar las unidades de atención especializada de tercer nivel en instituciones de pocas camas, ligadas a Hospitales Generales para atender a los enfermos que requieren hospitalización más prolongada y acompañarlas de casas de medio camino y talleres protegidos.

Completar el esquema de protección social en salud, lograr que los esquemas de financiamiento para el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico ambulatorio y las hospitalizaciones breves lleguen a la población sin protección social a la salud, lograr financiamiento para la hospitalización de mediana estancia. Es imperativo que exista disponibilidad de medicamentos psicotrópicos y que formen parte de las drogas esenciales en todos los niveles de atención.

V. Dignificar a los hospitales psiquiátricos y proteger a las familias.

Eliminar las áreas asilares, rescatar a enfermos mentales de los albergues; abrir casas de protección a personas con trastorno cognitivo grave, que requieren protección y no tratamiento farmacológico, hoy en día reclusas en instituciones asilares o en albergues de la sociedad civil; desinstitucionalizar, tratar a los pacientes en la comunidad proporcionando a las familias el soporte necesario, abrir casas de protección y transferir a pacientes a nuevos centros de acuerdo con sus características; vigilar el cumplimiento de sus Derechos Humanos y proteger a las familias que atienden enfermos, proporcionarles la atención que requieren para atender sus propias necesidades y asegurar medios de transporte para pacientes descompensados e incorporar a las organizaciones de la Sociedad Civil.

VI. Atender a los grupos en mayor rezago.

Se propone desarrollar programas especiales para la población con necesidades especiales. Se requiere promover el desarrollo social y los programas con enfoque de género, atender a las víctimas de violencia, acercar los servicios a niños trabajadores y en situación de calle, e integrar la atención de la enfermedad mental en los programas de tratamiento para las adicciones.

VII. Formar especialistas y establecer sinergias con otras dependencias que permitan acciones coordinadas y su inserción en las políticas de desarrollo social

La atención a problemas de salud mental debe fortalecerse en el pregrado de medicina, y en las carreras de psicología, enfermería, trabajo social y otras disciplinas afines. La formación de psiquiatras debe ampliarse para incluir el trabajo comunitario.

Conclusiones

Es clara la necesidad de atender a la enfermedad mental y reducir la brecha en la atención, se requiere mayor financiamiento pero también mejores maneras de hacer uso del presupuesto pensando en el primer nivel como el eje de la atención del problema. Consolidar la iniciativa de inclusión de estas enfermedades en el fondo de protección social en salud que garantice la disponibilidad de fármacos, abrir camas en hospitales generales, transformar paulatinamente a los hospitales psiquiátricos en instituciones más pequeñas, ligadas a hospitales generales y contar con instituciones de protección para las personas con trastornos cognitivos severos que no deben de estar hospitalizadas en instituciones psiquiátricas.

La visión a futuro sería contar con un programa en operación que permita trabajar con una perspectiva de salud pública, con un presupuesto incrementado en la proporción de su carga global de enfermedad, que tenga puesto el acento en el bienestar y en la salud mental positiva, que haya integrado la atención de la enfermedad mental en el sistema nacional de salud, donde se consideren las necesidades sentidas por la población; se trabaje en red en primer, segundo y tercer nivel de atención y con sistemas adecuados de detección, manejo, referencia y contra-referencia.

Se ha logrado cobertura universal de atención las personas con vulnerabilidades se han incorporado a estrategias de prevención, las personas con trastornos mentales se han identificado en las primeras etapas de los trastornos, han recibido tratamiento y cuentan con medicamentos si los requieren. Aquellos con enfermedades grave reciben tratamiento de calidad (farmacológico, psicoterapéutico y de rehabilitación) y se han incorporado a la sociedad. Las personas con discapacidad severa están en casas de protección. Se ha dado voz a los enfermos y a sus familias.

Bibliografía y lecturas recomendadas

1. Programa para la Naciones Unidas y el Desarrollo, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Seguridad Humana en América Latina. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/multic/noticias_septiembre_2011.aspx?contenidoid=68f45a2d-6319-4fc5-9909-bbb985988da9&Portal=IIDHSeguridad [Consultado en noviembre, 2011]
2. González E, Gutierrez C, Stevens G, Barraza M, Porras R, Carvalho N, Loncich K, Dias R, Kulkarni S, Case A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon J. Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health. *The Lancet* 2006, 368(9547):1608-1618.
3. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*. 2005;28(2):40-7
4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003, 26(4): 1-16.
5. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*. 2010, 44:732-740.
6. Johansen C, Oksbjerg S, Envold D, Envold P. Depression and Cancer. The role of Culture and Social Disparities. In *Depression and Cancer* Lissane D, Maj M, Sartorius N. 2011. John Wiley and Sons, LTD India. Published Online. DOI: 10.1002/9780470972533.ch9
7. Berenzon S; Juárez F. Trayectorias de atención de pacientes con trastornos afectivos: encuesta con población de comunidades urbanas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*. 2005, 39(4):519-526.
8. Lund c, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knass M, Patel V. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9801):1502-1514.
9. Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*. En prensa
10. Medina-Mora ME, Martínez N, Real T. Las Adicciones. En JR de la Fuente, G. Heinze (eds.) *Salud Mental Medicina y Psicología*. En prensa.
11. INEGI, XII Censo General de Población y II Conteo de Población. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/> [Consultado, noviembre 2011]
12. InJuve Programa Nacional de la Juventud 2002.
13. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 1era ed. México: SSA; 2007.
14. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*. 2005; 28(2):40-7
15. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Pobreza Multidimensional en México, 2008. CONEVAL. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/med_pobreza/In

- forme_pobreza_multidimensional/Informe_de_Pobreza_Multidimensional_en_Mexico_2008_.pdf?view=true [Consultado en noviembre, 2011]
16. Frenk J, González E, Gómez O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006; 358 (9546):1524-1534.
 17. Peiro R. La creciente desigualdad en México. México, D.F: Instituto de Investigaciones Económicas/Universidad Nacional Autónoma de México. 2009, México D.F.
 18. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.
 19. Borges G, Medina-Mora ME, Breslau J, Aguilar-Gaxiola S. (2007). The effect of migration to the US on substance use disorders among return migrants and Mexican families of migrants. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1847-1851.
 20. Medina-Mora ME, Gutiérrez R, Vega L. What happened to street kids? An analysis of the Mexican experience. *Substance Use & Misuse*. 1997, 32(3):293-316, Jerusalem, Israel.
 21. Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (2009). Encuesta Nacional sobre Inseguridad 2009. Resultados Nacionales y por Entidad Federativa. México: ICESI.
 22. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Revista Salud Pública de México*. 2010, 52(4):292-304.
 23. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Lara C, Zambrano J, Ramos L. Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana *Salud Publica Mexico*. 2005;47(1):8-22.
 24. Medina-Mora M.E, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Pan American Journal of Public Health*. 2006; 19(4): 265-76
 25. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*. 2007, 190:521-528.
 26. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Fleiz C, Rojas E, Zambrano J, Villatoro J, Blanco J, Aguilar-Gaxiola S, and Kessler R. The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): overview and results. Kessler R and Üstün TB. *The WHO World Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. 2008. 144-164. EUA, Cambridge University Press, World Health Organization.
 27. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Rojas E, Fleiz C, Zambrano J, Villatoro J, Blanco J, Aguilar S. Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, 2009. Washington DC.
 28. Fleiz C, Borges G, Rojas E, Benjet C, Medina-Mora ME. Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*. 2007, 30 (5): 63-73.
 29. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Rojas E, Fleiz C, Méndez E, Zambrano J, Aguilar S. La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de

- México. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. 2009. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.
30. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Berglund PA, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Greenfield SF, Kolody B, Olfson M, Vega WA. Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2001 Nov; 58(11):1065-71.
 31. Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M.-E., Orozco, R., Zambrano, J., Cherpitel, C. A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury. *Alcohol and Alcoholism*. 2005, 40(4), 257-262.
 32. Lara C, Medina-Mora M.E, Borges G. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental* 2007; 30(5): 4-11.
 33. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT.. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico . *American Journal of Public Health*, 2007;97(9): 1638-43.
 34. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G et al: Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*. 2007;370:841-50.
 35. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy on treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163(8), 1371-78.
 36. Organización Mundial de la Salud. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2011.
 37. Organización Mundial de la Salud. Atlas: Recursos de salud mental en el mundo 2001. Ginebra: OMS; 2001.
 38. Herrman H, Maj M, Sartorius N. *Depressive Disorders. Evidence and experience in psychiatry*. 2009. Wiley-Blackwell. New Delhi, India. ISBN 978-0-470-98720-9.
 39. Rascón, M. "Estudio de Familias de pacientes con Esquizofrenia". México; UNAM, 2001.
 40. Lara MC, Robles R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina-Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*. 2010; 33(49):301-308.
 41. Lara MC, Robles R, Orozco R, Saltijeral MT, Medina-Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental*. 2010; 33(3):211-218.
 42. Medina-Mora. ME, García I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez L, Real T, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*. 2010; 33(5):373-378.
 43. Benito Anton, Alberto Salazar, Anabel Florez, Maura Matus, Rodrigo Marin, Jorge-Alberto Hernández and Philippe Leff. Vaccines against morphine/heroin and its use as effective medication for preventing relapse to opiate addictive behaviours. *Human Vaccines* 5:4, 1-16; 2009