



SALUD MENTAL Y ADICCIONES



MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
SHOSHANA BERENZON GORN
COORDINADORAS

51

INTEGRAR LA ATENCIÓN
DE LA SALUD MENTAL Y LAS
ADICCIONES A LA SALUD PÚBLICA ➤

MÉXICO 2013

AGENDA CIUDADANA DE CIENCIA,
TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

SALUD MENTAL Y ADICCIONES



Agradecimientos:

La *Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación* fue posible gracias al generoso trabajo de miles de personas a quienes dedicamos la presente serie de libros.

La coordinación general de la *Agenda Ciudadana* agradece a todas las instituciones involucradas en el proyecto; en especial, a las comisiones de Ciencia y Tecnología y de Educación de la LXI y LXII Legislatura de la Cámara de Senadores, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) por el financiamiento otorgado, y a la Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM por el trabajo editorial realizado.

Asimismo, los editores de esta serie de libros agradecemos el apoyo que otorgaron los siguientes especialistas al revisar y dar su opinión sobre los contenidos: Luis Aboites Aguilar, Francisco Alba Hernández, Pablo Álvarez Watkins, Rodolfo Corona Vázquez, Arturo Curiel Ballesteros, Manuel Gil Antón, María de Ibarrola Nicolín, Francisco A. Larqué Saavedra, Polioptro Martínez Austria, Blanca Emma Mendoza Ortega, Pablo Mulás del Pozo, Guillermina Natera Rey, Julio Everardo Sotelo Morales.

Coordinación general: José Franco

Coordinación editorial: Rosanela Álvarez

Asistente editorial: Paula Buzo Zarzosa

Corrección de textos: Kenia Salgado y Héctor Siever

Diseño y formación: Miguel Marín y Elizabeth García

Salud mental y adicciones

Primera edición, 2013.

D. R. © Academia Mexicana de Ciencias, A. C.
Casa Tlalpan, km 23.5 de la Carretera Federal México-Cuernavaca s/n,
Col. San Andrés Totoltepec, Del. Tlalpan, C. P. 14400, México, D. F.

ISBN: 978-607-95166-8-0

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

SALUD MENTAL Y ADICCIONES

COORDINADORAS

MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA

SHOSHANA BERENZON GORN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



CONTENIDO

7

PRESENTACIÓN

11

RESUMEN EJECUTIVO

15

CAPÍTULO 1
DIAGNÓSTICO

25

CAPÍTULO 2
IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO QUE GUARDAN
LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

29

CAPÍTULO 3
PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

33

CAPÍTULO 4
PROPUESTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

37

CAPÍTULO 5
INVERSIÓN EN INVESTIGACIÓN ENFOCADA
A LA SALUD MENTAL

41

CONCLUSIONES

43

BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

La construcción de una sociedad democrática y con desarrollo sustentable requiere que ciencia, tecnología e innovación formen parte medular de la agenda nacional y que la ciudadanía conozca los avances en la generación y aplicación del conocimiento. Para lograrlo, es necesario ubicar estos conocimientos como parte de la cultura y como un instrumento imprescindible en la toma de decisiones y en la construcción de políticas públicas, especialmente aquellas encaminadas a combatir los grandes problemas nacionales, incluyendo a la desigualdad social y la pobreza.

La *Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación* ha sido un ejercicio de participación ciudadana y comunicación de la ciencia que, además de elevar la cultura científica, busca conocer la opinión de la población sobre los principales retos que enfrenta el país y ante los cuales ciencia, tecnología e innovación pueden y deben actuar. Es la primera consulta de este tipo que se realiza en México.

Esta iniciativa explora nuevas formas de diálogo entre científicos, ciudadanía y tomadores de decisiones y representa un avance significativo en el camino que México emprende hacia una sociedad basada en el conocimiento.

La *Agenda Ciudadana* constituye una búsqueda hacia la reflexión conjunta con la sociedad y la posibilidad de que ésta se vincule y establezca una nueva relación con la política nacional y las instituciones. La participación de más de 200 instituciones públicas y de la sociedad civil, así como de más de 70 medios de comunicación, permitió que este proyecto acercara el trabajo de los investigadores a la sociedad.

La selección de los temas de la consulta se hizo considerando el amplio abanico de problemas y necesidades de nuestro país y tomando en consideración las capacidades ya existentes, tanto humanas como de infraestructura. La lista inicial de temas era muy extensa. Sin embargo, se seleccionaron diez retos que incluyen problemas que están en la agenda global. Éstos son:

- **Agua.** Asegurar el abasto de agua potable para toda la población.
- **Cambio climático.** Desarrollar la capacidad de prevención y adaptación a los efectos del cambio climático.

- **Educación.** Modernizar el sistema educativo con enfoque humanístico, científico y tecnológico.
- **Energía.** Contar con un sistema de energía limpio, sustentable, eficiente y de bajo costo.
- **Investigación espacial.** Desarrollar una industria aeroespacial mexicana competitiva y con resultados de interés para la sociedad.
- **Medio ambiente.** Recuperar y conservar el medio ambiente para mejorar nuestra calidad de vida.
- **Migración.** Construir una sociedad informada sobre la diversidad migratoria y sensibilizada con los derechos de los migrantes.
- **Salud mental y adicciones.** Integrar la atención de la salud mental y adicciones a la salud pública.
- **Salud pública.** Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población.
- **Seguridad alimentaria.** Lograr un campo más productivo y alcanzar la seguridad alimentaria.

Seis de los temas elegidos para la *Agenda Ciudadana* son relevantes a nivel global y coinciden con los tópicos recientemente definidos como prioritarios por la Red Mundial de Academias de Ciencias (IAP) en su asamblea general, realizada en marzo de 2013 en Río de Janeiro, Brasil. Estos temas son: agua, cambio climático, medio ambiente, ciencias de la educación, energía, salud y seguridad alimentaria. Lo anterior significa que, más allá de su importancia nacional, los retos seleccionados forman parte de las preocupaciones a nivel mundial.

En la primera consulta realizada en nuestro país participaron más de 150 000 personas, en el periodo del 7 de noviembre de 2012 al 30 de enero de 2013. Este ejercicio se realizó a nivel nacional, lo que permitió obtener un sondeo en las 32 entidades de la República Mexicana.

Como parte de las reflexiones generadas durante este ejercicio, se creó una serie de diez libros que examinan y proponen posibles soluciones a los problemas planteados. La elaboración de los títulos estuvo a cargo de equipos conformados por expertos en cada uno de los temas y fueron revisados por especialistas externos a los equipos de autores, quienes aportaron su valiosa opinión sobre los contenidos de los libros.

Cada volumen presenta un resumen ejecutivo donde se identifican los principales aspectos de cada uno de los retos considerados en la *Agenda Ciudadana*. Los autores realizaron un análisis y diagnóstico de la situación actual de los problemas abordados.

Finalmente, se discuten alternativas de solución y propuestas para la construcción de políticas públicas, considerando un estimado presupuestal, con la intención de ofrecer una guía que resulte útil a los tomadores de decisiones encargados de dar solución a los retos de la agenda nacional.

México vive una etapa de transición en la que el fortalecimiento de las capacidades científicas, tecnológicas y de innovación debe jugar un papel decisivo para impulsar la competitividad en todos los sectores, el desarrollo económico y el bienestar de la población. En este tránsito es importante crear canales de diálogo y concertación entre los distintos actores sociales.

La participación ciudadana debe ocupar un lugar destacado en la identificación de las problemáticas que necesitan ser atendidas. La *Agenda Ciudadana* constituye una posibilidad para la apropiación del conocimiento científico por parte de la sociedad, así como el punto de partida para la elaboración de nuevas políticas públicas sobre ciencia, tecnología e innovación en nuestro país. ◉

Francisco Bolívar Zapata
*Coordinador de Ciencia, Tecnología e Innovación
de la Oficina de la Presidencia*

Enrique Cabrero
*Director del Consejo Nacional de Ciencia
y Tecnología (Conacyt)*

Roberto Escalante
*Secretario General de la Unión de Universidades
de América Latina y el Caribe (UDUAL)*

Rubén Félix Hays
*Presidente de la Comisión de Ciencia y Tecnología
de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados*

José Franco
Presidente de la Academia Mexicana de Ciencias (AMC)

Alejandro Tello
*Presidente de la Comisión de Ciencia y Tecnología
de la LXII Legislatura de la Cámara de Senadores*

RESUMEN EJECUTIVO

La salud mental es un campo de retos y paradojas; aumentan las vicisitudes que comprometen la salud mental de las personas hoy más expuestas a las drogas, a la violencia, a las crisis económicas, al estrés —que sobrepasa los recursos para manejarlo— y a la desesperanza. Como consecuencia, avanzan también los trastornos mentales que afectan la calidad de vida de las personas y el desarrollo del país; en contraste, la oferta de tratamiento no ha avanzado en la misma medida.

A pesar de este sombrío panorama, también es cierto que la ciencia ha evolucionado vertiginosamente, lo que ha permitido colocar a la psiquiatría y a las ciencias de la conducta en el nivel de las ciencias duras: hemos sido capaces de entrar en el cerebro y verlo en funciones, entendemos mejor cómo se afecta y cómo se recupera, tenemos mejores herramientas de diagnóstico, prevención y tratamiento. Hemos superado viejas concepciones catastróficas de que la enfermedad mental no era prevenible, hemos recabado la evidencia de que el tratamiento de las enfermedades mentales, incluidas las adicciones, son tan costo-efectivas como el tratamiento de otras enfermedades crónicas. Gracias a los avances de la farmacología y de los modelos psicoterapéuticos, muchas personas han abandonado los hospitales psiquiátricos y otras, antes condenadas a una vida de soledad y deterioro, se desenvuelven bien en sociedad. Hay nuevas esperanzas en el tratamiento de las adicciones, incluso para aquellas personas que presentan problemas de dependencia graves.

Sin embargo, todo avance trae consigo una crisis y la necesidad de buscar nuevas respuestas, y entre las más importantes está contribuir a la reducción de la desigualdad haciendo llegar los adelantos de la ciencia a la sociedad y buscar nuevas formas de mejorar la calidad de vida de la población.

En este documento presentamos una revisión de la situación que guarda el problema de la salud mental y las adicciones en México; para ello, hemos consultado las encuestas nacionales, los resultados derivados de investigaciones en neurociencias, así como diversos estudios epidemiológicos y de corte cualitativo con poblaciones especiales.

Sabemos que una de cada tres personas entre 18 y 65 años presenta un trastorno mental, incluidos los trastornos por abuso de sustancias alguna vez en la vida; que sólo uno de cada cinco llegan a un servicio de salud; que el tiempo en que inicia la enfermedad y se recibe algún tipo de tratamiento es amplio, y que la mayor parte es atendida en tercer nivel de atención.

Los resultados de diversos estudios demuestran que por lo menos 50% de las enfermedades mentales se desarrollan en la infancia y en la juventud. En este grupo poblacional han aumentado los problemas relacionados con el consumo de drogas, los trastornos afectivos, de ansiedad y de conducta. También se han elevado las tasas de suicidios y las de conductas violentas. El aumento de la población de la tercera edad trae retos adicionales en los que sobresalen las demencias.

El consumo de drogas también ha aumentado. El uso nocivo del alcohol y la dependencia a esta sustancia se asocia con enfermedad, discapacidad y muerte prematura, además de que representa el problema más importante entre los jóvenes.

El reto es muy grande, por lo que en los próximos años será necesario redoblar esfuerzos para que se valore la salud mental, para que los trastornos mentales, incluidas las adicciones, sean prevenidos efectivamente, y para que las personas afectadas por estos padecimientos tengan acceso a mejores tratamientos, reciban asistencia social y ejerzan sus derechos humanos para alcanzar un honroso nivel de salud y funcionamiento libre de estigma y discriminación.

Hemos identificado el estado que guardan la ciencia, la tecnología y la innovación y concluimos que éstas han colabo-

rado considerablemente y deben seguir avanzando para que el reto mencionado se logre. Habrá que fortalecer las ciencias básicas y aplicadas para desarrollar nuevos y mejores métodos de diagnóstico y de tratamiento, para garantizar que esta evidencia llega a poblaciones con diferentes necesidades y antecedentes culturales. También se debe contribuir en la formación y actualización de un mayor número de profesionistas con habilidades que les permitan enfrentar los retos de hoy y mañana, además de educar a la población para una oportuna búsqueda de atención.

Hemos recomendado caminos para la investigación que superen los campos disciplinarios, creando puentes entre disciplinas para transitar de la generación del conocimiento a la difusión e innovación del mismo, y de esta forma asegurar que el conocimiento adquirido se convierta en procesos, bienes y servicios que lleguen a toda la población.

A partir de estos antecedentes se han propuesto seis estrategias para las políticas públicas asociadas a la construcción de las soluciones identificadas, y que incluyen concluir los procesos de reforma legislativa y de normatividad para la atención a la salud mental y adicciones, relacionadas con la acreditación de las instituciones y con la cobertura universal.

El tratamiento de las adicciones ha sido financiado de manera importante para la atención principalmente ambulatoria, pero tiene su reto más grande en la atención de los enfermos graves y en la incorporación de la atención a este problema en las instituciones del sistema nacional de salud. Las personas que padecen enfermedades mentales, incluidas quienes han desarrollado una dependencia a sustancias y padecen una comorbilidad psi-

quiátrica, requieren acceso a tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos; es importante dar impulso a la atención ambulatoria y a las estancias breves en los hospitales, incluir en los programas de protección social a la población que requiere hospitalización de estancia media y a la población con discapacidad grave, lo mismo que establecer programas de vivienda y cuidado para personas con discapacidad extrema y en estado de abandono. Asegurar un compromiso político y ampliar el financiamiento. Incorporar la atención a la salud mental y de las adicciones en el sistema de atención a la salud y ofrecer tratamientos integrados que

permitan la atención conjunta de los trastornos mentales, de los relacionados con las adicciones y de la comorbilidad con otras condiciones crónicas.

Atender estas prioridades requiere de una inversión importante: se trata de enfermedades que representan en conjunto 11% de la carga de enfermedad y que reciben para su atención solamente 2% del gasto en salud. La inversión debe aumentarse pero también redistribuirse. Del mismo modo, son insuficientes los recursos provistos para la investigación orientada a desarrollar mejores respuestas de promoción, prevención y atención, así como para evaluarlas y llevarlas a la comunidad. ☉

DIAGNÓSTICO

Este capítulo se inicia con la definición de algunos conceptos clave relacionados con la salud mental y las adicciones, que consideramos facilitarán la comprensión de los temas abordados a lo largo de este documento. Posteriormente se analiza lo que se ha denominado “malestares de la vida cotidiana”, y se concluye con un panorama general de la problemática de los trastornos mentales y las adicciones en México.

Definiciones

Salud mental. Desde una visión transcultural resulta muy complicado llegar a una definición universal de la salud mental. Sin embargo, la OMS (2011) plantea que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales y abarca conceptos como el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

Trastornos mentales y del comportamiento. Los trastornos mentales y de la conducta son enfermedades que se caracterizan por una serie de alteraciones en los procesos del pensamiento, las emociones o el comportamiento. Los trastornos se establecen a partir de signos y síntomas que deben durar periodos establecidos de tiempo y que causan alteraciones en el funcionamiento de una o más facetas de la vida de la persona. Encierran una amplia gama de problemas, como los trastornos de la infancia; psicosis como la esquizofrenia; los trastornos del afecto, entre ellos los bipolares y la depresión; los trastornos de ansiedad, que incluyen los de pánico, el obsesivo compulsivo, el de estrés postraumático y las fobias; trastornos de la personalidad; y un grupo especial de trastornos que incluye los de la alimentación y los de abuso de sustancias, entre otros. Los problemas relacionados con el abuso y adicción a las drogas se consideran trastornos mentales porque las drogas impactan de manera importante en el cerebro, en tanto modifican su estructura y la forma en que funciona (NIDA, 2008).

Los trastornos mentales se identifican y diagnostican a partir de una recopilación cuidadosa de los antecedentes de la persona, de la exploración clínica sistemática y de las exploraciones especializadas que sean necesarias.

Existen dos grandes sistemas clasificatorios reconocidos mundialmente: la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2000), que tienen como objetivo identificar características clínicas similares en grupos de personas, a fin de aplicar un tratamiento adaptado y de predecir una evolución probable. Es importante recalcar que estas pautas diagnósticas clasifican síndromes o enfermedades, no individuos; es decir, rotular a la persona como “psicótica, esquizofrénica, deprimida o adicta” no sólo es un mal uso del diagnóstico, sino una forma de discriminación.

Niveles de consumo de sustancias: uso, abuso y dependencia. Resulta importante distinguir entre los diferentes niveles de consumo de sustancias (uso, abuso, dependencia), ya que la forma de abordar el problema y las intervenciones recomendadas varían de acuerdo con la etapa de progresión en que se encuentra la persona.

El *uso de drogas* incluye el uso experimental que operacionalmente se ha definido como el consumo entre una y cinco veces de una o más sustancias. La mayoría de las personas dejan de usar después de experimentar y algunas pasan al uso regular, que puede llevar al uso nocivo y a la dependencia, conceptos que se definen más adelante. Las drogas pueden administrarse bajo diferentes patrones de consumo que se definen por su cantidad

y frecuencia; puede tratarse, por ejemplo, de consumo diario, ocasional o de fines de semana, y tomar cantidades limitadas o grandes cantidades por ocasión de consumo.

El *abuso* hace referencia a un uso problemático, es decir, el uso recurrente de las sustancias lleva a no cumplir obligaciones o se presenta en situaciones en que es físicamente peligroso, como al conducir un automóvil u operar maquinaria. También se habla de abuso cuando hay un consumo continuado, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes causados o exacerbados por el uso de la sustancia.

La *dependencia* se define como una pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como importantes. El consumo de drogas se convierte en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto, por lo que la persona dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener recursos económicos para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. Existen claras manifestaciones físicas de la dependencia, como la necesidad del organismo de consumir la droga debido a que ya se ha adaptado a la presencia de la sustancia, es decir, ya ha desarrollado *tolerancia*. Otra manifestación física es el *síndrome de abstinencia*, el cual se presenta cuando se suspende el uso de una sustancia de manera brusca después de un periodo relativamente prolongado de consumo. Algunos síntomas característicos de este síndrome son: temblores, sudoración, problemas al dormir, etcétera.

La gravedad y características que tengan estos niveles de consumo dependerán

del tipo de sustancia, el tiempo de utilización, la cantidad y las características propias de la persona que las consume.

Los malestares de la vida cotidiana

Todos los días estamos expuestos a situaciones difíciles y conflictivas que producen diversas modificaciones emocionales en forma de ansiedad, miedo, tristeza, frustración o enojo, y que muchas veces están acompañadas de cambios en el funcionamiento corporal, como palpitaciones, tensión muscular, sensación de vacío en el estómago, etc. Son reacciones transitorias de duración variable que actúan como mecanismos de defensa, pues de alguna manera nos alertan y preparan para enfrentarnos a una situación traumática. Normalmente estas respuestas, ante una situación difícil o estresante, se relacionan con el aprendizaje y se convierten en un mecanismo de supervivencia y de alivio. La vivencia repetitiva de los pequeños traumas cotidianos y la comprobación de que pueden afrontarse permiten desarrollar una capacidad de tolerancia a la frustración y la esperanza de que pueden superarse las dificultades. Mucho de este aprendizaje ocurre en el ámbito de la familia y de la comunidad, que en condiciones “normales” facilita el que los individuos puedan enfrentar y superar exitosamente las adversidades de la vida.

Sin embargo, estos mecanismos no funcionan completamente cuando el individuo enfrenta situaciones que superan sus capacidades de adaptación y entonces hablamos de eventos traumáticos que generan crisis, en las cuales se rompe el equilibrio. Esto puede suceder en eventos catastróficos (desastres naturales, guerras, etc.) o en circunstancias que se

viven como agresiones repetitivas “normales”, que se van acumulando y paulatinamente debilitan las defensas hasta que se llega al punto en que se rompe el equilibrio.

Estas situaciones o agresiones repetitivas son lo que comúnmente conocemos como “malestares cotidianos”; son aquellas sensaciones subjetivas que tiene una persona de que su bienestar físico o mental está mermado; sin embargo, habitualmente no las analiza ni las cuestiona porque las considera “normales”. Este tipo de malestares rara vez genera una demanda explícita, sino que ocupa el lugar de la queja (Cucco, 2006). Algunos ejemplos son las preocupaciones económicas, la percepción de violencia o inseguridad, la sensación de desesperanza ante la falta de oportunidades y los conflictos con la pareja o la familia. Si bien es cierto que estos malestares pueden impactar en la calidad de vida de las personas, la mayoría de los mismos pueden superarse al identificarlos y entender las causas asociadas.

Es importante mencionar que la presencia de estos malestares no necesariamente dispara la enfermedad mental, pero pueden incrementar el riesgo de que se presente en aquellas personas con vulnerabilidades biológicas y psicosociales.

Los trastornos mentales y las adicciones en México

Los trastornos mentales, entre ellos las adicciones, son el resultado de la interacción entre los factores biológicos heredados y de desarrollo, y de los factores del contexto que interactúan con las vulnerabilidades individuales. En este sentido, se puede afirmar que para la mayoría de los trastornos mentales existe una predisposición genética; sin embargo, será

la interacción de ésta con los factores ambientales, psicológicos, sociales y culturales la que determine si se manifiesta o no el trastorno, así como la evolución y características del mismo.

Los resultados de las últimas encuestas de salud mental y adicciones nos permiten tener un panorama general de las dimensiones del problema en nuestro país (Medina-Mora *et al.*, 2003, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; Benjet *et al.*, 2009; Caraveo *et al.*, 2002; Villatoro *et al.*; 2011, 2011b). En México, trastornos como la depresión, el abuso de alcohol y la esquizofrenia representan 11% de la carga total de la enfermedad (González Pier *et al.*, 2006). El número de individuos con trastornos mentales probablemente aumentará con el envejecimiento de la población, y como resultado de los conflictos económicos y sociales que se viven actualmente.

Uno de cada cuatro mexicanos que habitan en comunidades urbanas ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental (23.7%). Además, 9.2% de la población ha padecido un episodio de depresión y se estima que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida: 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años (Medina-Mora *et al.*, 2003). Se estima que 7% de la población infantil de entre tres y doce años se encuentra afectada por uno o más problemas de salud mental (Caraveo *et al.*, 2002). Cuando los trastornos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración (Benjet *et al.*, 2009).

El género también tiene un peso fundamental en la salud mental de las personas, pues determina el control que hombres y mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, la forma en que son tratados dentro de la sociedad, y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental. Preceptos culturales como “los hombres no lloran” o “las mujeres no beben” moldean la respuesta social, la discriminación y la vergüenza, constituyéndose como importantes barreras para la atención.

A pesar de que hombres y mujeres se comportan igual cuando están intoxicados, los costos sociales para ellas son mayores, sufren más rechazo social y llegan a tratamiento con más pérdidas. En los varones las barreras que los limitan a ir a tratamiento cuando están deprimidos se relacionan con frecuencia con vergüenza de aceptar una enfermedad, por ejemplo, por temor de que “su jefe se entere del problema”.

Si bien es cierto que la enfermedad mental afecta en proporción similar a mujeres y hombres, cada grupo experimenta distintos tipos de problemáticas. En las primeras se presentan con mayor frecuencia depresión, ansiedad y quejas somáticas, mientras que en los hombres son los trastornos de la personalidad antisocial y los relacionados con el abuso de sustancias. Los resultados de las investigaciones señalan que trastornos como la depresión y la ansiedad se presentan en una relación de dos mujeres por cada hombre; en lo que se refiere al abuso de sustancias, la relación se invierte con nueve hombres por cada mujer que presenta este tipo de padecimientos (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Sin embargo, estas diferencias entre hombres y mujeres son menores en las nuevas generaciones.

Las estadísticas disponibles sobre las condiciones de salud mental de los adultos mayores señalan que entre quienes tienen más de 65 años la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20%, mientras el deterioro cognoscitivo alcanza 12% (Gutiérrez Robledo, 1990 y 2004; Durán *et al.*, 2004). En esta población, los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad (Zúñiga y Vega, 2004).

El suicidio también es uno de los problemas más preocupantes en nuestro país, ya que se ha duplicado a partir de 1990, y el mayor crecimiento se observa en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque la muerte autoinfligida es menos frecuente en las mujeres, en éstas ha crecido 95% a partir de 1990, mientras que en los hombres el aumento ha sido de 67% (Secretaría de Salud, 2006). La muerte por suicidio representa sólo la parte más visible del problema; así, los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reflejan que 8.3% de la muestra reportó haber pensado alguna vez en ella, 3.2% informó de un plan para suicidarse, y 2.8% intentó quitarse la vida. El 60.9% de los que presentaron ideación, así como 74% de los que intentaron suicidarse, sufría de uno o más trastornos mentales (Borges *et al.*, 2005).

Aunado a lo anterior, 4.9 millones de mexicanos (6% de la población) presentan dependencia al alcohol, cuyo abuso es el cuarto factor de riesgo para la mortalidad y el primero para la discapacidad. Es importante mencionar que el patrón de consumo más frecuente es el de grandes cantidades por ocasión de consumo. Casi

27 millones de mexicanos beben de ese modo, lo cual significa que aun cuando lo hagan sólo en determinadas ocasiones (fines de semana y fiestas), en éstas consumen grandes cantidades (más de cuatro copas por ocasión las mujeres y más de cinco los hombres). Aunque esta manera de beber es característica de la población masculina, se trata de una práctica que ha aumentado especialmente entre las adolescentes. La media de edad en el inicio del consumo es 17.7 años; sin embargo, al analizar las diferencias por sexo se observa que los hombres inician en promedio a los 16 años y las mujeres a los 19 años.

El consumir grandes cantidades de alcohol por ocasión aumenta exponencialmente el riesgo de accidentes, peleas y problemas legales (Secretaría de Salud *et al.*, 2008; Instituto Nacional de Psiquiatría *et al.* 2011). El abuso de alcohol está relacionado con más de 67 enfermedades y lesiones, y es uno de los cinco principales factores de riesgo, especialmente en los hombres, para mortalidad prematura y días vividos sin salud. En la región de América Central —en la que se incluye a México, Colombia y Venezuela— el alcohol ocupa el segundo lugar de riesgo para enfermar (Lim *et al.*, 2013).

El abuso de otras drogas también se ha incrementado: los resultados de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) demuestran que la prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida aumentó de 4.1% en 2002 a 7.2% en 2011. Las drogas de preferencia continúan siendo la marihuana (6.5%) y la cocaína (3.6%) (Villatoro *et al.*, 2011). El uso de la heroína se ha extendido a otras regiones, además de las tradicionales zonas arqueológicas fronterizas. Los trastornos asociados con el consumo de drogas tienen un inicio

temprano, alrededor de los 17 años, y las diferencias entre hombres y mujeres cada vez son más pequeñas (Secretaría de Salud, 2008; Villatoro *et al.*, 2011).

En el cuadro 1 se puede observar una síntesis sobre las dimensiones de la enfermedad mental en nuestro país.

Cuadro 1. Los problemas de salud mental y adicciones en México	
Trastornos mentales	Abuso de sustancias
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uno de cada tres mexicanos que habitan en comunidades urbanas ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental (23.7%). ▪ El 9.2% de la población ha padecido un episodio de depresión y se estima que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años. ▪ El 1% de la población presenta un trastorno psicótico como la esquizofrenia. ▪ La enfermedad mental afecta en proporción similar a hombres y mujeres, pero ellas presentan principalmente trastornos afectivos y de ansiedad; y ellos, trastornos asociados con el abuso de sustancias. ▪ En los últimos años se han visto incrementos en el índice de personas que intentan suicidarse o se suicidan, especialmente entre la población joven. ▪ La edad de inicio de la mayoría de los trastornos mentales se encuentra en las dos primeras décadas de la vida. ▪ Se estima que 7% de la población infantil (3 a 12 años) padece un trastorno mental. ▪ Los trastornos mentales se presentan en un porcentaje importante de los adolescentes y los más frecuentes son las fobias, los trastornos de impulsividad, los afectivos y el abuso de sustancias. ▪ Los adultos mayores presentan prevalencias elevadas de depresión y deterioro cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuatro millones de mexicanos presentan abuso/dependencia al alcohol (5.5%). ▪ Se bebe con poca frecuencia pero en grandes cantidades, lo que aumenta el riesgo de accidentes. ▪ El abuso de alcohol es el cuarto factor de riesgo para la mortalidad y el primero para la discapacidad. ▪ El abuso de otras drogas también se ha incrementado, particularmente en el consumo de marihuana y cocaína; y en algunas regiones del país el de estimulantes de tipo anfetamínico. ▪ El uso de la heroína se ha extendido a otras regiones, además de las tradicionales regiones fronterizas. ▪ Las diferencias en el consumo de drogas entre hombres y mujeres cada vez son más pequeñas y el inicio en el consumo se presenta a edades más tempranas. ▪ Por lo menos 400 000 mexicanos presentan dependencia hacia algún tipo de droga diferente del alcohol (6%).

La relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. La investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión. En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es tres 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 quienes

sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces. Del mismo modo, las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias. La coocurrencia de enfermedad mental con estas enfermedades afecta la calidad de vida del paciente y la de su familia.

También es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias. Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de abuso de sustancias (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo.

Con la información que se ha presentado queda de manifiesto el gran impacto que tienen los trastornos mentales en la calidad de vida de la población. A pesar de ello, una gran proporción de personas no acude a tratamiento. Es muy probable que esta baja utilización de servicios presente en mayor medida a la población no asegurada y con bajos recursos, para quienes la compra de medicamentos resulta un gasto que supera su capacidad económica. La poca utilización de servicios también está asociada con factores tales como los horarios de atención poco convenientes, el no contar con alguien que cuide a los hijos, el desconocimiento del tratamiento, dificultades para el desplazamiento y el señalamiento social.

El estigma hacia las personas que sufren un trastorno mental es todavía una fuerte barrera en el proceso de atención e integración social. Los resultados de un estudio transcultural reflejaron que, en México, 40% de las personas con trastornos mentales se habían sentido avergonzadas por su padecimiento o habían sido víctimas de un trato injusto, por lo que con frecuencia ocultaron su problema.

Las complicaciones relacionadas con el estigma involucran a la comunidad, al paciente, a su familia, a sus médicos y a las instituciones en que deambula (Ormel *et al.*, 2007).

Otro elemento importante que influye en la baja utilización de los servicios se relaciona con las diferencias que existen entre las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios. Mientras la población tiene una definición basada en los problemas característicos del vivir cotidiano, que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos, por lo que es frecuente la percepción de que no se atendió la demanda sentida.

A pesar de que los trastornos mentales producen niveles elevados de discapacidad, por encima de los derivados de muchas enfermedades crónicas, solamente dos de cada diez sujetos buscan algún tipo de ayuda y se estima que quienes lo hacen tardan entre cuatro y veinte años, según el tipo de trastorno, en recibir un tratamiento especializado. En el caso de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, en promedio transcurren diez años para que el individuo empiece a recibir ayuda, y para los trastornos afectivos el tiempo promedio es de catorce años (Borges *et al.*, 2005).

Aunado a lo anterior, México es uno de los países donde un mayor número de personas con trastornos mentales son atendidas en consultas de alta especialidad (Borges *et al.*, 2005; OMS, 2011), lo cual sugiere que no existe una detección oportuna en los primeros niveles de atención y que las personas que llegan a tratamiento lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad. Lo anterior dificulta la recuperación y aumenta los costos de atención y de reinserción social.

Cuadro 2. Características del uso de servicios

- Dos de cada 10 sujetos con trastorno mental reciben algún tratamiento.
- Hay un importante retraso en la búsqueda de atención. Por ejemplo, la media de años que transcurren entre el inicio de un trastorno afectivo y el contacto con un tratamiento es de 14 años, y de 30 años para el caso de los trastornos de ansiedad.
- Los recursos de atención más utilizados son los médicos generales, seguidos por los profesionales de salud mental y en tercer lugar los psiquiatras.
- México es uno de los países donde un mayor número de personas con trastornos mentales son atendidas en consultas de alta especialidad, lo cual sugiere que no existe una detección oportuna en los primeros niveles de atención, y que quienes llegan a tratamiento lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad, lo que requiere atención de alta especialización.
- La detección y el tratamiento en niños y adolescentes es aún más complejo. El uso de servicios está desequilibrado; algunos servicios están subutilizados y muchos otros sobrecargados.
- El uso de servicios entre los adultos mayores es muy bajo, sólo se presenta cuando la afección es muy grave y el costo relativamente bajo. No se cuenta con suficientes programas de atención para esta población.

La infraestructura para la atención de los trastornos mentales es limitada. Del total del presupuesto asignado a la salud, solamente 2% es orientado a la salud mental, cifra muy por debajo del 11% que estas enfermedades representan en la carga global de la enfermedad. Además, 80% de ese monto se destina a la operación y mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, por lo que las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven muy reducidas. Sólo 2% de las camas para pacientes con un trastorno mental están ubicadas

en hospitales generales. Hay una proporción desfavorable de pacientes internos en relación con la atención ambulatoria, con sólo 1.7 pacientes en atención ambulatoria por cada uno internado.

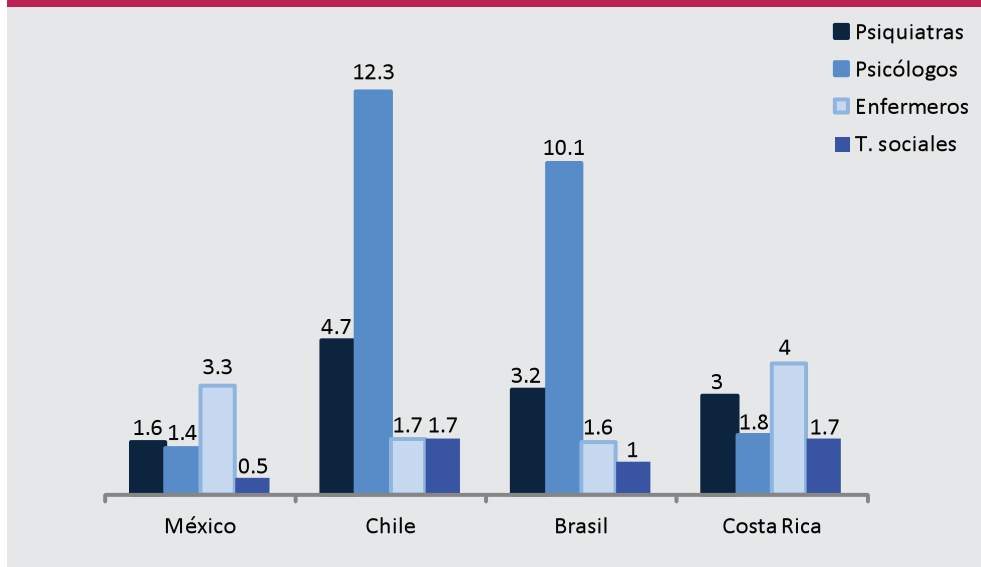
Del mismo modo, son insuficientes los recursos humanos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos. Como se observa en la gráfica 1, México presenta una importante deficiencia de recursos al compararlo con otros países del continente que cuentan con una atención a la salud mental más adecuada.

Es importante señalar que las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantean que la atención primaria debe ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. En este sentido a México le falta mucho por hacer, pues solamente 30% de tales establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones clave de salud mental y realizan por lo menos una referencia a un especialista en salud mental cada mes. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización o de educación relacionados con temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel es menor a 15% (Berenzon *et al.*, en prensa).

Asimismo, se carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores.

En el campo de las adicciones se ha hecho una vasta y sostenida inversión: se cuenta con una amplia red de atención, hay tradición en la investigación y en la

Gráfica 1. Recursos humanos en salud mental. Tasa por 100 000 habitantes



traslación de modelos probados a su aplicación en la comunidad, además de que se ha puesto especial atención en la formación de recursos humanos y en la creación de instituciones avocadas a la atención del problema.

Sin embargo, la mayoría de las acciones se han enfocado a la prevención y a las intervenciones ambulatorias para atender a las poblaciones que presentan trastornos leves o moderados, dejando el tratamiento de los enfermos graves a las organizaciones de la sociedad civil; asimismo, el tratamiento de las adicciones no está integrado a la atención de enfermedades en las instituciones de salud de primer, segundo o tercer nivel, a excepción del que se ofrece en los hospitales psiquiátricos. Las transiciones que han llevado la evidencia al tratamiento comunitario del consumo de drogas requieren de mayores esfuerzos para atender a las personas que han desarrollado adicciones graves, que consumen heroína, o para

las personas que se encuentran recluidas en las cárceles. Atender a estas poblaciones es especialmente prometedor, ya que pueden reducirse los actos delictivos y las conductas violentas que se derivan de las propiedades farmacológicas de las drogas y de los mecanismos para procurarse droga en un mercado ilegal.

Los programas dirigidos a poblaciones marginadas con altos niveles de violencia son menos frecuentes, a pesar de que existe evidencia de que se pueden obtener buenos resultados. Los que han mostrado mayor éxito incluyen programas diagnóstico del tipo y origen de la problemática social (que frecuentemente incluye violencia y abuso de sustancias), la inclusión de programas de salud, educación, trabajo, recreación, desarrollo y prevención social, y servicios de apoyo (Zakocs y Edwards, 2006).

Las acciones preventivas tienen resultados menos alentadores si no se acompañan por medidas normativas y de disminución de daños; algunos ejemplos

de estas medidas son: la cero tolerancia para adolescentes, el establecimiento de puntos de verificación de alcohol en el aliento y la remisión a tratamiento a personas detectadas en más de una ocasión. También están las medidas orientadas a limitar la disponibilidad de sustancias, como el restringir en días y horas de la semana la venta de alcohol en establecimientos cercanos a planteles educativos y centros de trabajo, el etiquetamiento de envases de sustancias inhalables y la revisión de las fórmulas de los productos.

Los datos presentados en cuanto a la atención de la salud mental y las adicciones ponen de manifiesto que no se está dando una respuesta satisfactoria a las necesidades de la población. De acuerdo con Saraceno *et al.* (2007), esta situación de desventaja es el resultado de no incor-

porar el tema de la salud mental en las Metas del Milenio, además de que los programas de salud mental tienen un financiamiento limitado y hay poco acuerdo sobre cuáles son las prioridades. Además, los usuarios de los servicios, incluidos los familiares de los enfermos, se enfrentan a diferentes barreras, entre ellas la existencia de concepciones erróneas sobre la efectividad de los tratamientos, la falta de información actualizada y el estigma asociado con este tipo de padecimientos.

Pese a lo anterior, es alentador que en nuestro país se han hecho importantes contribuciones en materia de adicciones y salud mental derivadas de la investigación básica y aplicada. A continuación se plantean algunos de estos aportes, para posteriormente analizar lo que falta todavía por hacer. ⦿

IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO QUE GUARDAN LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

Los avances en el campo de la salud mental y de las adicciones se derivan de dos grandes revoluciones que se han presenciado en las últimas décadas. La primera de ellas obedece a un cambio de paradigma en la manera de conceptualizar las prioridades en salud: al indicador tradicionalmente usado de mortalidad prematura se añadió el indicador de días vividos sin salud. Con esta nueva propuesta se ha reconocido que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo. Las personas que sufren trastornos mentales mueren con poca frecuencia por motivos relacionados con este tipo de enfermedades, pero sufren a lo largo de su vida condiciones altamente discapacitantes. La segunda revolución se deriva de los avances en el campo de la tecnología, que nos ha permitido asomarnos al cerebro para conocer más a fondo sus funciones y desarrollar mejores métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución de la enfermedad.

Se trata de un tema complejo cuyo abordaje requiere de la participación de múltiples disciplinas. El estudio de la salud mental y las adicciones cruza casi todos los campos de la ciencia: en el *área de las neurociencias* se estudia la anatomía, la fisiología, la bioquímica y la biología molecular del sistema nervioso, especialmente en lo relativo al comportamiento y el aprendizaje; la *investigación clínica* aporta elementos importantes para entender el papel de la genética, además de incrementar el conocimiento sobre la causa, el curso y el desenlace de las enfermedades y trastornos psiquiátricos, así como mejorar los procedimientos de diagnóstico, clasificación y tratamiento; los *estudios epidemiológicos* se orientan al análisis de la extensión y magnitud de los trastornos mentales, de sus determinantes y consecuencias con el propósito de mantener un diagnóstico actualizado que sirve de base para el desarrollo y evaluación de programas de intervención; y la *investigación social* genera conocimientos sobre las poblaciones más vulnerables y analiza las variables socioculturales asociadas con las formas en que las personas perciben, manifiestan y enfrentan sus problemas de salud, incluyendo la utilización de servicios. Finalmente, el conocimiento y comprensión de todos estos elementos tiene implicaciones directas para el desarrollo de políticas públicas y para el diseño de intervenciones específicas.

Las *neurociencias* han permitido contar con nuevos conocimientos sobre la estructura y las funciones cerebrales; los avances en las técnicas de imagenología hacen posible identificar regiones específicas del cerebro. Del mismo modo existen técnicas que permiten registrar la actividad neuronal y conocer los condicionantes genéticos del desarrollo y el deterioro neuronal. Es decir, se han roto las barreras que impedían el examen in vivo del cerebro, pues ahora es posible examinarlo en plena acción. Los estudios genéticos, sobre todo los asociados con el genoma humano, proporcionan fundamentos importantes para el desarrollo de tratamientos más eficaces.

En la *investigación* resaltan aquellas enfocadas al estudio de las bases neuroquímicas de los trastornos mentales y del consumo de drogas. Existen avances importantes en el desarrollo de vacunas antiadictivas, una de cuyas patentes fue lograda por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente e iniciará pruebas clínicas en humanos en un futuro próximo; si es exitoso, el modelo transformará la manera en que se trata el problema.

Del mismo modo, la investigación farmacológica ha permitido contar con mejores medicamentos que han cambiado de manera radical la atención de los trastornos mentales. Se han reducido considerablemente los efectos adversos a los medicamentos, así como los tiempos de estancia en los hospitales psiquiátricos. Se ha comprobado que la mayoría de los pacientes pueden estar bajo tratamiento farmacológico sin separarse de su familia o comunidad.

La investigación *epidemiológica psiquiátrica y social* ha permitido mantener un diagnóstico actualizado de los trastornos mentales, de las adicciones y del im-

pacto de los mismos en la calidad de vida de la población. También se ha podido saber sobre la tendencia del consumo de drogas, la aparición de nuevas sustancias y los perfiles de usuarios.

La investigación *psicosocial* ha generado conocimiento sobre poblaciones que se encuentran en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental como resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas del país. Algunos ejemplos son los indígenas, los migrantes, las mujeres pobres, los niños “de” y “en” la calle, los adolescentes (en riesgo de depresión, suicidio y abuso de sustancias), las personas que han sido víctimas de violencia y las que han cometido delitos. También se ha avanzado en el conocimiento de las características de los servicios de salud y de las variables socioculturales que influyen en la búsqueda de atención y en el apego al tratamiento.

Otra área en la que se ha avanzado es en traducir los conocimientos derivados de la investigación al desarrollo de programas de intervención extramuros fundamentados en las necesidades reales de la población a la que van dirigidos. Se han probado y evaluado intervenciones en diversas poblaciones y problemáticas, tales como depresión y trastornos de la conducta alimentaria en mujeres, servicios de salud mental en niños y adolescentes en diversos escenarios (centros de salud, escuelas y en las calles) y consumo de sustancias.

La visión desde la *economía* es fundamental en el campo de la salud porque permite una mejor asignación de los recursos disponibles o potencialmente disponibles. En el caso de la salud mental, las decisiones sobre cómo asignar los recursos son complicadas debido a que los trastornos mentales son frecuentes,

discapacitantes y de muy larga duración. Existen diversas propuestas para analizar el impacto económico de las enfermedades, entre ellas se encuentran los estudios de costo-efectividad que muestran la relación entre los recursos empleados (costos) y los beneficios logrados (efectividad) de una intervención comparada con otra. En México se han realizado algunos estudios de este tipo para evaluar, por ejemplo, las intervenciones para la depresión y el abuso de alcohol. En el caso de la depresión, se ha observado que las estrategias de combinar el uso de fármacos con psicoterapia breve y el manejo proactivo de casos pueden considerarse como las más efectivas, ya que reducen de manera significativa el número de Años de Vida Saludables (Avisa) perdidos por una enfermedad. En el caso del alcohol, las intervenciones más costo-eficientes son aquellas que combinan las medidas de incremento de impuestos con intervenciones breves, el control de la publicidad y la reducción del alcohol ilegal (de dudosa procedencia y que no paga impuestos).

Como hemos visto, los avances en las neurociencias y los logros de la psicofarmacología han permitido intervenciones más efectivas en el tratamiento de las enfermedades mentales y de las adicciones, y han facilitado la reintegración al medio social

de los pacientes con trastornos mentales graves. Paralelamente, los progresos hechos en las ciencias sociales y la psicología facilitan las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas en el contexto comunitario. Las investigaciones poblacionales, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, han acercado a la realidad del proceso salud/enfermedad mental, y han permitido la evaluación y perfeccionamiento de los servicios asistenciales.

Pese a los notables avances realizados en la investigación en este campo, todavía se desconocen muchas de las variables que influyen en la aparición de los trastornos mentales, su evolución y el éxito del tratamiento. Por ello es necesario continuar y ampliar los estudios en las áreas básicas y aplicadas que nos permitan comprender la relación entre el cerebro y las funciones mentales, la epidemiología de los trastornos y los determinantes sociales, al igual que los servicios, tratamientos, prevención, sensibilización y las políticas públicas. Sin esas investigaciones no hay una base sólida que permita orientar la promoción, la planificación y las intervenciones.

El paso de la evidencia a la acción requiere del financiamiento de la investigación de traslación, que lleva la evidencia del nivel molecular al nivel del paciente y la comunidad. ☉

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Para dar mejores respuestas es necesario ir más allá de los campos disciplinares y crear puentes entre las disciplinas relacionadas con este complejo problema; además de combinar e integrar actores, elementos y valores de múltiples campos para identificar sinergias, analogías y paradojas que permitan aumentar nuestro conocimiento sobre diversos temas y proponer soluciones adecuadas a nuestro contexto.

El doctor Juan Ramón de la Fuente (2011) ha planteado que el conocimiento puede generar desarrollo con libertad solamente cuando se da en un contexto de una ética pública, donde todos los individuos de una sociedad tienen acceso a este conocimiento, así como a los bienes y servicios que resultan del mismo.

La UNESCO (2005) también ha reconocido que la diversidad de posiciones y pensamientos debe reconocerse y aprovecharse como vehículo para promover la creatividad y utilizar al conocimiento como vector de la lucha contra la pobreza y en pro del desarrollo. Para lograrlo es necesario avanzar hacia la innovación; es decir, no basta la generación de ideas. Éstas tienen que difundirse y transformarse en procesos, bienes y servicios que lleguen a la población. Con base en estas reflexiones, a continuación se hacen algunas propuestas sobre hacia dónde debe encaminarse la investigación en salud mental y adicciones.

Investigaciones clínicas, neurocientíficas, epidemiológicas y psicosociales

- Es necesario realizar investigación interdisciplinaria que permita analizar la evolución de los trastornos mentales y las adicciones, y su relación con factores genéticos, neurobiológicos, conductuales, ambientales y del desarrollo.
- En el caso de las adicciones, se deben realizar investigaciones que permitan conocer el fenómeno en sus diferentes facetas, desde la producción y el tráfico de las drogas hasta la manera en cómo estos aspectos se relacionan con el consumo y con la violencia.

- Utilizar tecnologías de vanguardia para el desarrollo de nuevas y mejores formas de diagnóstico, prevención y tratamiento farmacológico y psicosocial que permitan, a quienes padecen estas enfermedades y a sus familiares, tener una mejor calidad de vida.
- Estudiar con mayor profundidad las trayectorias de la enfermedad mental y de su especificidad en diferentes etapas de la vida, de modo que permitan una mejor apreciación de los momentos y las formas de prevención.
- Promover la investigación social con el fin de entender mejor la forma en que las personas perciben, manifiestan y enfrentan sus problemas de salud, y cómo esto influye en la búsqueda de atención y en el apego al tratamiento.
- Impulsar los estudios sobre la carga de enfermedad para comparar los trastornos mentales con otras enfermedades crónicas y medir la discapacidad que producen; estudios que, además, permitan hacer comparaciones entre diferentes trastornos mentales.
- Se requieren nuevos conocimientos para entender qué tratamientos, por sí solos o combinados con otros, funcionan mejor y en qué tipo de pacientes. En este sentido también es importante evaluar qué factores afectan el desapego o incumplimiento de los mismos.
- Invertir en ensayos clínicos aleatorizados de los modelos probados en condiciones controladas, para su aplicación en los centros comunitarios.

Investigaciones sobre políticas y servicios

- El primer paso para lograr avances en la atención de la salud mental es contar con información actualizada y basada en la evidencia; por lo anterior, se debe impulsar la creación de un sistema nacional de información en salud mental que asegure la recopilación y el análisis regular de datos básicos sobre las dimensiones del problema, las necesidades de atención y la demanda atendida. En el caso de las adicciones, se debe mantener un diagnóstico actualizado, con mediciones más frecuentes y que incorpore a los grupos más vulnerables, como por ejemplo los niños de la calle o aquellos que se encuentran en mayor rezago, entre ellos las poblaciones con altos índices de migración.
 - Ampliar los proyectos enfocados a la evaluación del sistema de salud y de las barreras para lograr el cambio en el paradigma de atención.
- ### **Investigaciones sobre los resultados de tratamientos, prevención y promoción de la salud mental**
- Se necesitan nuevas investigaciones para obtener fármacos con acciones más específicas y menos efectos adversos.
 - Elaborar estudios donde se evalúe la eficacia de los diversos tratamientos psicológicos y de los programas de prevención y promoción de la salud.

- Evaluar los programas de rehabilitación y de protección a pacientes con enfermedades psiquiátricas graves.
- Evaluar estrategias de restricción de la disponibilidad del alcohol (incremento de los impuestos, regulación de la venta, etc.) con el propósito de reducir el uso nocivo, la dependencia y las complicaciones asociadas con el consumo, como las lesiones derivadas de accidentes o violencias.
- Fomentar la evaluación de programas orientados a la promoción de la salud, reducir el estigma y prevenir enfermedades.
- Desarrollar modelos piloto de modificación de los grandes hospitales psiquiátricos en sistemas de rehabilitación comunitaria y evaluar su impacto en la calidad de la atención.
- Conocer el impacto de las distintas estrategias de formación del personal que otorga servicios de salud mental, los resultados de los tratamientos basados en prácticas tradicionales de la medicina y los efectos de las diferentes decisiones políticas sobre el acceso, la equidad y los resultados de los tratamientos.
- Fomentar los programas de divulgación de la ciencia para atender a un segmento mayor de la población en temas de prevención, promoción y tratamiento de las adicciones.

Estudios económicos

- Los estudios económicos de las estrategias de tratamiento, prevención y promoción aportan información muy valiosa para elegir y planificar racionalmente las intervenciones. Aunque existen algunas evaluaciones de intervenciones para ciertos trastornos mentales, como la esquizofrenia, la depresión o el consumo de alcohol, son escasas las que evalúan las intervenciones de manera sistemática. Especialmente útiles son los estudios que analizan los mercados de las drogas y su dinámica, la elasticidad de la demanda y el costo-beneficio de las intervenciones y políticas, incluido el estudio de las consecuencias negativas de las políticas públicas, lo que permite orientar la toma de decisiones. ◉

PROPUESTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

El análisis realizado hasta el momento muestra que las políticas públicas que aseguren el acceso a medicamentos o tratamientos psicoterapéuticos, y en el caso de las adicciones otras políticas públicas que regulen el acceso, pueden reducir de manera muy significativa el peso de la enfermedad en México. A continuación se señalan algunas propuestas que permitirían avanzar significativamente en la reducción del rezago en la atención a estas enfermedades, y a la mejora de la salud y calidad de vida de la población.

Para hacer frente a los trastornos mentales y a las adicciones se requiere la participación conjunta de la salud pública, la ciencia y la política. Los avances en la investigación pueden verse colapsados si no resultan acordes con el contexto político y social que vive el país. Del mismo modo, aunque exista un contexto político favorable, la investigación será fundamental para profundizar en las complejas causas de los trastornos mentales y mejorar su tratamiento.

Prioridades para una estrategia sustentable

A corto plazo:

- I. *Reforzar la normatividad en materia de adicciones a drogas ilegales, inhalables y alcohol, con el fin de asegurar programas sustentables e integrados.*
- II. *Concluir los procesos de reforma a la atención de la salud mental iniciados.*
 - Concluir el programa de acreditación de los hospitales y centros de atención a la salud mental, e incluir el financiamiento para la hospitalización de mediana estancia en el programa de Protección Social en Salud.
 - Incorporar en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) a la atención hospitalaria breve y ambulatoria para la asistencia de las enfermedades mentales.

- Consolidar la red de atención de personas con adicciones graves, asegurando que los centros de atención cumplan con las normas oficiales; apoyar financieramente a centros que las cumplen y abrir servicios de desintoxicación y mantenimiento de metadona en estados donde el problema va en crecimiento; establecer acuerdos con las instituciones de atención a la salud mental, a la salud general y al desarrollo social con el fin de atender al enfermo en las múltiples esferas que tiene afectadas. Hacer sinergias con los programas de prevención y atención de VIH sida.
 - Aumentar plazas: garantizar la existencia de equipos de salud mental en el primer nivel de atención. Incluir programas de detección de enfermedades e intervenciones breves para adicciones y enfermedades mentales leves en este nivel.
 - Abrir plazas de psiquiatría en hospitales generales y centros de salud mental.
 - Aumentar el presupuesto para ciencia, tecnología e innovación.
- blicos y privados, y las organizaciones de la sociedad civil.
 - Asegurar un financiamiento suficiente (5% del gasto en salud) que garantice la infraestructura y plazas necesarias para atender el problema, lo que puede hacerse de manera paulatina, con un incremento de 1% cada año.
 - Establecer las políticas públicas relacionadas con las adicciones considerando que estas últimas son enfermedades del cerebro, moldeadas por el medio ambiente y de naturaleza crónica, y que por ello el tratamiento —no la cárcel— es la respuesta.
 - Incorporar el tema de los derechos humanos; trabajar para combatir el estigma asociado, y asegurar un tratamiento con calidad y un trato digno.
 - Conjuntar esfuerzos y recursos para atender la salud de la población. No se trata de competir por recursos asignados al tratamiento de otras enfermedades, sino de integrar la atención, lo que fortalece el cuidado a la salud general.

III. *Asegurar un compromiso político y ampliar el financiamiento.*

- Asumir un compromiso político a nivel gubernamental e intergubernamental para responder al reto que representan la salud mental y las adicciones para la salud pública.
- Consolidar la actualización del marco jurídico con base en el consenso nacional al que han llegado psiquiatras y otros especialistas de organismos pú-

A mediano y largo plazos:

IV. *Integrar la atención a la salud mental y a las adicciones en la atención a la salud global.*

- Asignar camas a pacientes con enfermedad mental en hospitales generales.
- Atender la coocurrencia de trastornos mentales, adicciones, lesiones y de otras enfermedades crónicas en unidades de urgencias y hospitales generales, y de especialidad no psiquiátrica.

- Garantizar el acceso a medicamentos, tratamiento psicoterapéutico y rehabilitación.
 - Incluir estrategias de reducción de daños como parte de un programa integral de prevención (por ejemplo, las medidas de detección de alcohol en aliento en automovilistas, junto con programas de educación) y tratamiento (por ejemplo, el intercambio de jeringas junto con oferta de tratamiento para los enfermos), con el fin de reducir la carga de la enfermedad.
- V. *Modificar el paradigma de atención.*
- Convertir el primer nivel y el primer nivel especializado como eje de la atención de la salud mental, incluidas las adicciones.
 - Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos para pacientes registrados en el Seguro Popular.
 - Integrar la atención a la salud mental en las clínicas de atención a las adicciones.
 - Hacer sinergias con las clínicas de atención a víctimas de violencia.
 - Abrir casas de protección a personas con trastorno cognitivo grave, que requieren protección y no tratamiento farmacológico, hoy en día reclusas en instituciones asilares (lo que genera gastos innecesarios de atención psiquiátrica) o en albergues de la sociedad civil (con pocos recursos para una atención digna).
 - Apoyar a las familias de los enfermos, asegurar medios de traslado a pacientes descompensados, incorporar a las organizaciones de la sociedad civil.
- La ampliación y redistribución del gasto en salud mental debe dirigirse a lograr la cobertura universal de la atención, con base en intervenciones efectivas, respetuosas de los derechos humanos, con base en la comunidad y en instituciones de salud relativamente pequeñas, junto a instituciones de segundo nivel, evitando la construcción de grandes hospitales y eliminando instituciones asilares.
- VI. *Formar recursos humanos.*
- Establecer acuerdos para fortalecer la formación de especialistas en identificación y tratamiento de problemas de salud mental en el pregrado de medicina, y fomentar el estudio de las carreras de psicología, enfermería, trabajo social y otras disciplinas afines.
 - Ampliar la formación de psiquiatras para incluir el trabajo comunitario.
 - Incluir las funciones de los psiquiatras en hospitales generales y centros de salud del primer nivel (nuevas plazas); fomentar la capacitación del personal de salud en la detección y tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes (depresión y ansiedad) y de los problemas relacionados con el consumo de drogas.
 - Dotar de recursos para la capacitación en línea (a distancia) a los hospitales generales y centros de salud de primer nivel que lo requieran en los diferentes estados de la República (particularmente aquéllos con mayor prevalencia de trastornos mentales y adicciones).

La educación de la población para combatir el estigma, la capacitación a estudiantes y profesionales de la salud en el tratamiento comunitario, así como la investigación para la acción, son las

estrategias fundamentales a través de las cuales será posible la implementación del modelo de atención a la salud mental sensible a la cultura, de calidad y calidez, que merecen los mexicanos. ☉

INVERSIÓN EN INVESTIGACIÓN ENFOCADA A LA SALUD MENTAL

Como se planteó en los capítulos anteriores, dada la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en la población, la carga emocional y financiera para el individuo y su familia es muy grande.

Como se observa en el cuadro 3, el impacto económico de las enfermedades mentales se refleja en la disminución del ingreso personal y familiar, en la capacidad de las personas para ser productivas, y en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. Las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos por la atención como en la pérdida de la productividad (OMS, 2004).

Cuadro 3. Carga económica de los trastornos mentales			
	Costos de atención	Costos de productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/sufrimiento, efectos colaterales del tratamiento, suicidio
Familia y amigos	Cuidados no formales	Ausencia de trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Trabajadores	Contribuciones al tratamiento	Reducción de la productividad	
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y general (impuestos/seguridad social)	Reducción de la productividad	Pérdida de vidas, enfermedades no tratadas, necesidades no satisfechas, exclusión social

Fuente: OMS, 2004.

Invertir en investigación en salud mental y adicciones puede generar muchos beneficios a corto y a largo plazos. Los resultados derivados de la investigación permiten avanzar en el conocimiento de los trastornos mentales que más aquejan a la población, desarrollar nuevas estrategias para enfrentar los problemas y mejorar la eficiencia de las estrategias probadas.

¿Qué podemos esperar si invertimos en investigación en salud mental?

- Mejorar la salud mental de la población y, por lo tanto, mejorar su calidad de vida.
- Al otorgar una atención eficaz y oportuna, disminuirán las probabilidades de recaídas y se facilitarán las acciones de rehabilitación.
- Prevenir la discapacidad crónica y la mortalidad prematura.
- Reducir la carga que representan los trastornos mentales y las adicciones.
- Beneficios financieros como resultado de una mayor productividad.
- Disminución en los costos del tratamiento de la enfermedad.


La propuesta sería incrementar el gasto en salud mental, de 2% que se tiene ahora a 5%. Este incremento puede ser paulatino y estar acompañado de un programa de modificación de la distribución del gasto. Hoy se destina 80% del presupuesto en salud mental a hospitales psiquiátricos, pero es necesario invertir mucho más en el tratamiento integral de

problemas como la depresión y la ansiedad, en el primer y segundo nivel de atención; además de ampliar las acciones de rehabilitación comunitaria para las personas con trastornos mentales graves. El gran reto es ampliar el financiamiento y modificar la forma en que se distribuye. Los hospitales de tercer nivel requieren de más recursos; disminuir su financiamiento significa reducir la atención a los enfermos graves y el tratamiento de enfermos ambulatorios, hoy por hoy, no atendidos en los servicios de primer nivel. Se debe garantizar atención farmacológica y psicoterapéutica a los pacientes en tanto no existan mecanismos de referencia establecidos y las unidades de primer nivel no cuenten con programas de atención a estas patologías.

El presupuesto dedicado a las adicciones debe también reevaluarse, estableciendo sinergias en los centros de tratamiento que lleven a una cobertura universal y con una redirección de recursos para atender a enfermos graves; debe haber recursos específicamente destinados a la atención de comunidades con altos niveles de violencia y abuso de sustancias, poblaciones indígenas, menores trabajadores, poblaciones sin hogar, personas en riesgo de desarrollar VIH y quienes lo han ya adquirido, y a los programas orientados a reducir los costos sociales del abuso de alcohol e inhalables. La integración de la atención de los problemas de adicciones en el sistema nacional de salud es especialmente promisorio.

Una mejor distribución de recursos permitirá fortalecer el primer nivel para constituirse en el eje de la atención de la salud mental; se podrán aumentar las camas y la contratación de especialistas en los hospitales generales, así como integrar la atención de la salud mental y adic-

ciones en la atención de la salud global. Así será posible tener un sistema de referencia adecuado y terminar con las instituciones asilares, estableciendo casas de protección para los enfermos con necesi-

dades cognitivas graves. En resumen, se logrará un mejor equilibrio entre la población atendida en forma ambulatoria y la internada en instituciones especializadas, que hoy es de 1.7 a 1 (OMS, 2011). 

CONCLUSIONES


En este transitar entre los grandes avances que han mejorado la vida de nuestras poblaciones y el largo camino que aún nos falta por recorrer para poder predecir quién tendrá la enfermedad y cómo podemos actuar oportunamente respetando la ética y los derechos humanos, la ciencia, la tecnología y la innovación han jugado un papel muy importante y tendrán un papel cada vez más preponderante.

Nuestro país necesita de nuevas y mejores estrategias para enfrentar las adicciones, reducir la violencia y mejorar la calidad de vida de la población, teniendo como meta su bienestar. Esto sólo se logrará mediante un compromiso político, la participación activa y comprometida de todas las instituciones involucradas, incluidas las de la sociedad civil, y con el incremento y mejor distribución del presupuesto para la atención e investigación en el campo de la salud mental. No solamente se requiere más dinero, sino también más salud con el dinero invertido. Ⓞ

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, D. C., APA.
- Benjet, C., G. Borges y M. E. Medina-Mora (2009), "Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 44, pp. 732-740.
- Berenzon, S. *et al.* (2013), "Evaluación del Sistema de Salud Mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención de la salud mental?", en *Revista Panamericana de la Salud Pública* (en prensa).
- Borges, G. *et al.* (2005), "Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization", *Salud Mental*, vol. 28, núm. 2, pp. 40-47.
- Caraveo-Anduaga, J. J., E. Colmenares-Bermúdez y N. A. Martínez-Vélez (2002), "Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México", *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 6, pp. 492-498.
- Cucco, M. (2006), *ProCC: una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista*, Buenos Aires, Atuel.
- De la Fuente, J. R. (2011), "Educación, equidad y desarrollo", *Memorias de la Conferencia Latinoamericana para la Medición del Bienestar y la Promoción del Progreso de las Sociedades*, México, BID/OCDE/Cepal/INEGI.
- Durán, C. *et al.* (2004), "Envejecimiento en México: perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social", en Onofre Muñoz, Carmen García y Luis Durán (eds.), *La salud del adulto mayor. Temas y debates*, México, OMS/IMSS.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol (2012)*: México INPRFM, en línea: [www.inprf.gob.mx].
- González-Pier, E. *et al.* (2006), "Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health", *The Lancet*, vol. 368, núm. 9547, pp. 1608-1618.

- Gutiérrez-Robledo, L. (1990), "Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México", *Salud Pública*, vol. 32, núm. 6, pp. 693-701.
- _____ (2004), "La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento", *La situación demográfica en México*, México, Conapo.
- Lim, S. S. *et al.* (2013), "Comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 380, núm. 9859, pp. 2224-2260.
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2003), "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, pp. 1-16.
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2005), "Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana", *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 1, pp. 8-22.
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2006), "Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico", *Pan American Journal of Public Health*, vol. 19, núm. 4, pp. 265-276.
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2007), "Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample", *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, pp. 521-528.
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2008), "The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): overview and results", en Ronald Kessler y Bedirhan Üstün (eds.), *The WHO World Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*, Nueva York, Cambridge University Press/World Health Organization.
- Medina-Mora, M. E. *et al.* (2009), "Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental", en Jorge Rodríguez, Robert Kohn y Sergio Aguilar-Gaxiola (eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud.
- National Institute of Drug Abuse (2008), *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. Ciencia de la adicción*, Washington, D. C., NIH/NIDA (Publicación núm. 08-5605 S), en línea: [<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento>].
- OMS (1992), CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Ginebra, OMS.
- _____ (2004), *Invertir en salud mental*, Ginebra, OMS.
- _____ (2011), *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*, México, OPS/OMS.
- Ormel *et al.* (2007), "Mental disorders among persons with heart disease results from World Mental Health surveys", *General Hospital Psychiatry*, vol. 29, núm. 4, pp. 325-334.
- Saraceno, B. *et al.* (2007), "Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries", *The Lancet*, vol. 370, núm. 9593, pp. 1164-1174.

- Secretaría de Salud (2006), *Salud México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud/Consejo Nacional contra las Adicciones/Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/Instituto Nacional de Salud Pública (2008), *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, México, Secretaría de Salud.
- UNESCO (2005), *Informe mundial: hacia las sociedades del conocimiento*, París, UNESCO.
- Villatoro, J. et al. (2011), "Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009", *Salud Mental*, vol. 34, núm. 2, pp. 81-94.
- Villatoro, J. et al. (2011b), "El consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011", *Salud Mental*, vol. 35, pp. 447-457.
- Zakocs, R. C. y E. M. Edwards (2006), "What explains community coalition effectiveness?: A review of the literature", *Am. J. Prev. Med.*, vol. 30, núm. 4, pp. 351-361.
- Zúñiga, E. y D. Vega (2004), *Envejecimiento de la población de México: reto del siglo XXI*, México, Conapo. 

EQUIPO EJECUTIVO



COORDINADOR GENERAL

José Franco
Presidente de la Academia Mexicana de Ciencias

AMC

Axelle Roze | Emilede Velarde | Fabiola Trelles | Javier Flores | Renata Villalba | Rocío Méndez.



DGDC

Addina Cuervo | Adriana Bravo | Adriana García | Adriana Rayón | Alberto Rentería | Alejandra Noguez | Aline Juárez | Ángel Figueroa | Arturo Orta | Claudia Juárez | Cristina Martínez | Denisse Osuna | Enrique Jiménez | Ernesto Navarrete | Esteban Estrada | Guillermo Castañeda | Iván Pacifuentes | Jareni Ayala | José Luis Vázquez | Juan Carlos Piña | Laura Rojas | Leticia Chávez | Manuel Amaya | Manuel Comi | Mara Salazar | Marcela Martínez | María Elena Arcos | Mariana Fuentes | Mónica Genis | Pablo Flores | Paulina Trápaga | Pedro Sierra | Ramón Cervantes | Ricardo Pacheco | Rogelio Carballido | Rolando Ísita | Rosa Isela Percastre | Rosanela Álvarez | Silvia San Miguel | Susana Trejo | Teresa Segura | Teresita Mendiola | Tlanex Valdés | Vanessa Rendón.



UDUAL

Alfredo Camhaji | Junior Mendoza | Luis Felipe Flores | Luis Fernando Rodríguez | Marco Antonio Villegas | Olivia González | Roberto Escalante Semerena.



3CIN

Ana Victoria Pérez | Laura Villavicencio | Miguel Ángel Quintanilla.



CÁMARA DE SENADORES

Jesús Ramírez.



José Antonio Esteva Maraboto (consultor).

Instituciones participantes en la Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación

Academia Mexicana de Ciencias (AMC)

Dr. José Franco, Presidente

Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES)

Dr. Rafael López Castañares, Expresidente

Asociación Mexicana de Museos y Centros de Ciencia y Tecnología (AMMCCYT)

Dra. Rosario Ruiz Camacho, Presidenta

Cámara de Diputados

Diputado Rubén Benjamín Félix Hays,
Presidente de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la LXII Legislatura

Cámara de Senadores

Sen. Francisco Javier Castellón Fonseca,
Expresidente de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la LXI Legislatura

Sen. Alejandro Tello Cristerna,
Presidente de la Comisión de Ciencia y Tecnología de la LXII Legislatura

Sen. Juan Carlos Romero Hicks,
Presidente de la Comisión de Educación de la LXII Legislatura

Centro de Investigación de Estudios Avanzados (Cinvestav)

Dr. René Asomoza Palacio, Director General

Consejo Consultivo de Ciencias (ccc)

Dr. Jorge Flores Valdés, Coordinador General

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt)

Dr. José Enrique Villa Rivera, Exdirector

Dr. Enrique Cabrero Mendoza, Director

Foro Consultivo Científico y Tecnológico (FCCYT)

Dra. Gabriela Dutrénit Bielous, Coordinadora General

Fundación Española de Ciencia y Tecnología (FECYT)

Dr. Hugo René Andrade Jaramillo, Decano

Fundación 3CIN (España)

Dr. Miguel Ángel Quintanilla Fisac, Director

Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal (icyTDF)

Dr. Julio Mendoza Álvarez, Exdirector

Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Dra. Yoloxóchitl Bustamante Díez, Directora

Noche de las estrellas

Lic. Emilede Velarde, Responsable

Programa Delfin

Carlos Humberto Jiménez González, Coordinador General

Red de las Alianzas Francesas en México (AF)

Dr. Philippe Palade, Delegado General

**Red Nacional de Consejos y Organismos Estatales de Ciencia
y Tecnología (RedNACECYT)**

Dr. Tomás González Estrada, Presidente

**Sociedad Mexicana para la Divulgación de la Ciencia
y la Tecnología, A. C. (Somedicyt)**

Dra. Elaine Reynoso Haynes, Presidenta

Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL)

Dr. Roberto Escalante Semerena, Secretario General

Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)

Dr. Enrique Fernández Fassnacht, Exrector General

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Dr. José Narro Robles, Rector

Aguascalientes

CIMAT Aguascalientes.
CIO Aguascalientes.
Subsede del CIATEQ, Aguascalientes.
Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Baja California

El Trompo, Museo Interactivo, Tijuana.
Fundación que Transforma, Tijuana.
Subsede del CICESE, Tijuana.
Universidad Autónoma de Baja California.

Baja California Sur

Consejo Sudcaliforniano de Ciencia y Tecnología.
Museo Sol del Niño.
Subsede del CIBNOR, Guerrero Negro.
Subsede del CICESE, La Paz.
Universidad Autónoma de Baja California Sur.

Campeche

Casa de la Tecnología DGETI-SECUD.
Subsede del COMIMSA, Ciudad del Carmen.
Subsede del ECOSUR, Campeche.
Universidad Autónoma de Campeche.

Coahuila

Centro Cultural Multimedia 2000, A. C.
Museo del Desierto.
Museo de los Metales Peñoles.
Subsede del COMIMSA, Monclova.
Universidad Autónoma de La Laguna.

Colima

Instituto Tecnológico de Colima.
Museo Interactivo “Xoloitzcuintle”.
Universidad de Colima.

Chiapas

Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Chiapas.
Instituto Tecnológico de Tapachula.
Instituto Tecnológico de Tuxtla Gutiérrez.
Museo Chiapas de Ciencia y Tecnología, Tuxtla Gutiérrez.
Subsede del CIESAS, San Cristóbal de las Casas.
Subsede del ECOSUR, San Cristóbal de las Casas.
Universidad Autónoma de Chiapas.

Chihuahua

Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez.
Semilla Museo, Centro de Ciencia y Tecnología de Chihuahua.
Subsede del CIAD, Delicias.
Subsede del CIAD, Cuauhtémoc.
Subsede de EL COLEF, Ciudad Juárez.
Subsede del INECOL, Ciudad Aldama.
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Distrito Federal

Academia de Ciencias Administrativas, A. C.
Agua.org.mx.
Centro de Difusión de Ciencia y Tecnología del IPN, Tezozómoc.
Colegio de Ciencias y Humanidades.
El Colegio de México.
Escuela Nacional Preparatoria 1.
Escuela Nacional Preparatoria 2.
Escuela Nacional Preparatoria 3.
Escuela Nacional Preparatoria 4.
Escuela Nacional Preparatoria 5.
Escuela Nacional Preparatoria 6.
Escuela Nacional Preparatoria 7.
Escuela Nacional Preparatoria 8.
Escuela Nacional Preparatoria 9.
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
Fundación del Centro Histórico de la Ciudad de México, A. C.
Museo del Instituto de Geología, UNAM.
MUTEC, Museo Tecnológico de la CFE.
Subsede del CISESE, Distrito Federal.
Subsede de EL COLEF, Distrito Federal.
Universidad Anáhuac.
Universidad Panamericana, Campus Ciudad de México.

Durango

Bebeleche, Museo Interactivo de Durango.
Subsede del INECOL, Durango.
Universidad Autónoma de Durango.

Estado de México

Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán.
Instituto Tecnológico de Tlalnepantla.
Instituto Tecnológico de Toluca.
Museo Modelo de Ciencias e Industrias, A. C., Toluca.
Tecnológico de Estudios Superiores de Coacalco.

Tecnológico de Estudios Superiores de Jocotitlán.
Universidad Autónoma del Estado de México.
Universidad de Ixtlahuaca.
Universidad Politécnica de Tecámac.
Universidad Politécnica del Valle de Toluca.
Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl.

Guanajuato

Centro de Ciencias Explora.
Instituto Tecnológico de Celaya.
Universidad Centro de Estudios Cortázar.
Universidad de Guanajuato.

Guerrero

Instituto Tecnológico de Acapulco.
Instituto Tecnológico de Iguala.
Museo Interactivo “La Avispa”.
Universidad Autónoma de Guerrero.

Hidalgo

Museo “El Rehilete”, Pachuca.
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
Universidad Tecnológica de Tulancingo.

Jalisco

CIATEC Guadalajara.
Museo de Ciencia y Tecnología “Guillermo Santoscoy Gómez”.
Subsede del CIESAS, Guadalajara.
Trompo Mágico, Museo Interactivo, Zapopan.
Universidad Autónoma de Guadalajara.
Universidad de Guadalajara.
Zig-zag Centro de Ciencias Interactivo.

Michoacán

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Zamora.
Instituto Tecnológico de Jiquilpan.
Instituto Tecnológico de La Piedad.
Instituto Tecnológico de Lázaro Cárdenas.
Instituto Tecnológico de Morelia.
Instituto Tecnológico del Valle de Morelia.
Instituto Tecnológico de Zitácuaro.
Instituto Tecnológico Superior de Apatzingán.
Instituto Tecnológico Superior de Ciudad Hidalgo.
Instituto Tecnológico Superior de Huetamo.
Instituto Tecnológico Superior de Los Reyes.
Instituto Tecnológico Superior de Pátzcuaro.
Instituto Tecnológico Superior de Puruándiro.

Instituto Tecnológico Superior de Tacámbaro.
Instituto Tecnológico Superior de Uruapan.
Instituto Tecnológico Superior Purépecha.
Subsede del COLMICH, La Piedad.
Subsede del INECOL, Pátzcuaro.
Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo.
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
Universidad Tecnológica de Morelia.

Morelos

Instituto Nacional de Salud Pública.
Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
Universidad Politécnica de Morelos.

Nayarit

Instituto Las Américas de Nayarit.
Instituto Tecnológico de Bahía de Banderas.
Instituto Tecnológico de Tepic.
Universidad Autónoma de Nayarit.
Universidad del Valle de Matatipac, S. C.
Universidad Tecnológica de Bahía de Banderas.
Universidad Vizcaya de Las Américas.

Nuevo León

Horno 3, Museo del Acero.
Planetario Alfa.
Subsede del CICESE, Monterrey.
Subsede del CIESAS, Monterrey.
Subsede de EL COLEF, Monterrey.
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Oaxaca

Museo del Palacio.
Subsede del CIESAS, Oaxaca.
Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca.

Puebla

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
Colegio México, Tehuacán.
Instituto Tecnológico Superior de Huauchinango.

Querétaro

Subsede del CIATEQ, El Marqués.
Universidad Autónoma de Querétaro.

Quintana Roo

Instituto Tecnológico de Cancún.
Subsede del CICY, Cancún.
Subsede del ECOSUR, Chetumal.

San Luis Potosí

CIDESI San Luis Potosí.
CIQA San Luis Potosí.
Museo Laberinto de las Ciencias y las Artes.
Subsede del CIATEQ, San Luis Potosí.

Sinaloa

Centro de Ciencias de Sinaloa.
Instituto Tecnológico de Culiacán.
Instituto Tecnológico de Los Mochis.
Instituto Tecnológico de Mazatlán.
Instituto Tecnológico Superior de Eldorado.
Instituto Tecnológico Superior de Guasave.
Instituto Tecnológico Superior de Sinaloa, A. C.
Subsede del CIAD, Culiacán.
Subsede del CIAD, Mazatlán.
Universidad Autónoma de Sinaloa.
Universidad Autónoma Indígena de México.
Universidad de Occidente.
Universidad Politécnica de Sinaloa.

Sonora

Centro de Estudios Superiores del Estado de Sonora.
El Colegio de Sonora.
INAOE, Cananea.
Instituto Tecnológico Superior de Cajeme.
“La Burbuja”, Museo del Niño.
Subsede del CIAD, Guaymas.
Subsede del CIBNOR, Guaymas.
Subsede del CIBNOR, Hermosillo.
Universidad de Sonora.
Universidad Estatal de Sonora.

Tabasco

Instituto Tecnológico Superior de Los Ríos.
Subsede del CIATEQ, Villahermosa.
Subsede del COMIMSA, Villahermosa.
Subsede del ECOSUR, Villahermosa.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Tamaulipas

Subsede de EL COLEF, Matamoros.
Subsede de EL COLEF, Nuevo Laredo.
Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Tlaxcala

Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Veracruz

Instituto Tecnológico Superior de Cosamaloapan.
Museo Interactivo de Xalapa-MIX.
Subsede del CIESAS, Xalapa.
Universidad Veracruzana.

Yucatán

Subsede del CIESAS, Mérida.
Universidad Autónoma de Yucatán.

Zacatecas

Instituto Tecnológico Superior de Fresnillo.



AGENDA CIUDADANA
**SALUD MENTAL
Y ADICCIONES**

perteneciente a la *Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación*, fue editado por la Academia Mexicana de Ciencias, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y la Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la UNAM.

Se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2013 en los talleres de Grupo San Jorge, ubicados en Antonio Plaza 50, Col. Algarín, México, D. F.

En su composición se utilizaron tipos de la familia Thesis de 10/13 puntos.

Fue impreso en offset sobre papel couché mate de 150 gramos.

El tiraje constó de 1 500 ejemplares.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de Rosanela Álvarez R.





SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Menos del 16 por ciento de las personas que presentan padecimientos mentales o adicciones llegan a tratamiento, y una proporción menor lo hace durante el primer año de presentar síntomas.

De las diez enfermedades con más alto grado de discapacidad, cinco son neuropsiquiátricas y afectan al núcleo familiar y social. Éstas son la depresión, la ansiedad, el déficit de atención, la bipolaridad y las adicciones.

Es muy importante que los trastornos mentales sean detectados en sus primeras etapas, lo que se lograría integrando la atención de la salud mental al sistema general de atención a la salud.

Se necesita de la ciencia y la tecnología para desarrollar más y mejores sistemas de diagnóstico y tratamiento, así como estrategias que permitan hacer frente a este creciente problema para la sociedad.

