

Salud mental y atención psiquiátrica en México[†]

Mario Souza y Machorro^a, Domingo Lenin Cruz Moreno^b



Foto: Carol

Resumen

En el marco de la salud social, se describen las características de la salud mental ofreciendo una visión panorámica sucinta acerca de su situación actual en México, según datos oficiales. Se revisan los síndromes psiquiátricos epidemiológicamente más importantes contemplados en el Plan Nacional de Salud, y a partir de la consideración de sus objetivos y metas, se describen las acciones y tareas que lo integran. Se desprenden de ello datos que en su calidad de indicadores indirectos del problema permiten inferir el grado de impacto social de la condición psiquiátrica del país. Se señalan algunas dificultades intrínsecas a la oferta-recepción de atención asistencial por parte de los usuarios de los servicios así como de las instituciones que la ofrecen y sus condiciones de ubicación, infraestructura, organización, etc., en contraste con las recomendaciones internacionales al efecto. Se hace referencia a la propuesta y desarrollo de un Modelo Nacional de Atención en Salud Mental –incluidas las adicciones– en el que ha de contemplarse la creación de nuevas estructuras de atención, fundamentadas en el respeto a los derechos de los pacientes a recibir una atención médico-psiquiátrica integral de calidad, a través de un modelo capaz de ofrecer una red de servicios eficientes con opciones adecuadas para la prevención, hospitalización y reintegración psicosocial de estos pacientes.

Palabras Clave: Salud mental, atención psiquiátrica, programa de tratamiento, epidemiología psiquiátrica.

Mental health and psychiatric care in Mexico[†] Abstract

The characteristics of mental health are described within the frame of social health, by offering a brief overview about their present situation in Mexico, according to official data. The epidemiologically most important psychiatric syndromes referred for care in the National Health Plan are reviewed. The Plan's activities and tasks regarding its goals and objectives are described. The data obtained serve as indirect indicators of the problem and allow to infer the degree of social impact of the country's psychiatric condition. Some difficulties inherent to the supply-receipt in the health-care system for both service users and the institutions that offer it, in terms of location, infrastructure, organization, etc., in contrast with international recommendations are pointed out. Reference to the proposal and development of a National Mental Health

[†]The First Poland/Mexico Scientific Conference. Schizophrenia: cognitive dysfunctions and psychiatric care. Clinical Neuropsychology Department, Collegium Medicum in Bydgoszcz. Nicolaus Copernicus University & Clinica San Rafael, Mexico City. March 10-12, 2009.

^aMédico especialista en psiquiatría (UNAM) y psicoanálisis (UNAM-IMPAC). Maestro en psicoterapia Psicoanalítica (CIES-SEP) y Psicoterapia Médica (UNAM). Jefe de Enseñanza. Clínica San Rafael.

^bMédico con Maestrías en Salud Pública y en Medicina Social. Profesor de la carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana. UAM-Xochimilco.

Solicitud de sobretiros: souzaym@prodigy.net.mx

Care Model –including addictions–, in which the creation of new structures of attention is envisaged, based on respect for the patients' right to receive an quality integral medical-psychiatric care, through a model capable of providing an efficient network of services with appropriate choices for prevention, hospitalization and psychosocial reintegration of these patients.

Keywords: *Mental health, psychiatric care, treatment programs, psychiatric epidemiology.*

INTRODUCCIÓN

La salud mental (SM) es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica.¹ Los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos (T) del desarrollo infantil, se han incrementado en México durante los últimos años,² y como el proceso de salud-enfermedad-salud mental se vincula con la salud física y la pobreza, la incidencia de los trastornos mentales (TM), merma aún más los ingresos de sus portadores, por lo que se precisa de un mayor esfuerzo asistencial que reduzca la posibilidad de que estos T incapacitantes, limiten el potencial de desarrollo de los afectados y la sociedad.³

En el país se dispone de un Programa Nacional de Salud, cuyos datos del último trimestre de 2005 indicaron que en México carece de seguridad social 43.4% de la población total (46.1 de 106 millones de personas); 65.8% de la población económicamente activa (28.7 de 43.9 millones) y 43.6% de los asalariados (11.5 de 26.4 millones). Se ha documentado que el país tiene restricciones materiales en muchas de las unidades de salud, clínicas y hospitales públicos, derivadas del rezago en su infraestructura, la modernización de sus equipos clínicos y de laboratorio y la saturación de servicios que prohíjan una deficiente calidad de la atención.

Respecto al uso de los servicios privados, 1 de cada 2 derechohabientes del IMSS prefiere acudir a ellos, en lugar de usar los servicios que otorga el Instituto. En el ISSSTE, 3 de cada 5 derechohabientes acuden a médicos privados.⁴ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006,⁵ mostró una tendencia preferencial a utilizar los servicios priva-

dos, luego los de Secretaría de Salud (SSA) y por último, los de las instituciones de nacionales de seguridad social, que por cierto estas 2 últimas dependencias son las que reciben más denuncias ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a causa de las quejas sobre deficiencias en la atención que brindan. Ello contrasta con la actual visión política-administrativa, que pretende enmarcarse en la consideración de que “Todo país que presente serios problemas en la salud en sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores”.

En México el Sistema Nacional de salud asume el reto de disminuir los impactos mortales de las enfermedades, prevenir los hábitos nocivos, investigar las características de las enfermedades y llevar a la mayoría de la población atención suficiente y adecuada, a efecto de impactar lo más amplia y favorablemente posible la calidad de vida y la autodeterminación. Ello promueve la impostergable necesidad de conocer, ubicar y resolver los errores, y reforzar los aciertos que permitan lograr la mejoría de las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familias. Debe considerarse el concepto moderno de “calidad de vida”, que desde la perspectiva sociocultural cambia de acuerdo con las culturas, el momento histórico y la sociedad. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) implica una serie de componentes de carácter objetivo: salud integral, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, uso apropiado del ocio y el respeto de los derechos humanos. La satisfacción personal, se vincula al bienestar psicológico, al funcionamiento social y emocional, al estado de salud, al desempeño funcional global de cada persona, a su satisfacción con la vida, al apoyo social real disponible y a un patrón de vida productiva en términos de satisfacción y trascendencia.³

DESCRIPCIÓN

Respecto a la patología psiquiátrica de los adultos y la población infantojuvenil, durante 1994 se calculó una prevalencia de TM de 5-18% de la población general. La depresión fue el T más frecuente en uno y otro sexo (4.9% hombres y 9.7%, mujeres), por lo que se espera que 1 de cada 6 personas desarrolle

eventualmente un TM que podría requerir atención especializada. Es decir, que en México, que tiene una población un poco mayor a 100 millones de personas, padecen TM casi 15 millones, esto es, una sexta parte de sus habitantes. Además, 18% de la población urbana de entre 18 y 64 años de edad sufre T del estado de ánimo.

Los T depresivos y por ansiedad son los TM más frecuentes atendidos en la consulta de los 3 niveles de atención.³ Se ha documentado que 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios creció 125% entre 1970 y 1991 (de 1.13% a 2.55%). La epilepsia es prevalente en 3.7% de la población de 18 a 64 años de edad y representa 1.6% en niños de poblaciones urbanas y 2.1-4.1% en niños de poblaciones rurales, que aún son estigmatizados por ello, a falta de una apropiada educación en SM comunitaria.⁶ Esta circunstancia minimiza el hecho de que en la actualidad 80% de los pacientes diagnosticados puedan ser tratados exitosamente y desarrollarse en los ámbitos familiar, laboral y social.

Lamentablemente, al no recibir la atención requerida, muchos de los TM infantiles no se identifican ni corrigen como sería deseable. Por ejemplo, 7% de la población de entre 3 y 12 años de edad se encuentra afectada y en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP) se atienden al año 140 mil niños con T del aprendizaje; 35 mil por déficit mental; 12 mil por T de lenguaje; 8 mil por T de la audición; 3 mil por T motrices y 2 mil por T de conducta. Además, en el país ocurren anualmente diversos tipos de desastres naturales como sismos, ciclones y tormentas, que complican aún más la situación, así como algunos problemas provocados por el hombre como desplazamientos poblacionales, problemas ecológicos, etc., que afectan la SM de las comunidades que los enfrentan. Ello sin contar que las enfermedades crónico-degenerativas y el VIH/sida provocan circunstancias que propician psicopatologías diversas y producen ansiedad y depresión.⁷

Todo esto se adicionará a los incrementos globales calculados para el año 2010 de casi 16.5 millones de personas hipertensas, 4.5 millones de diabéticos, cerca de 700 mil casos de infartos del miocardio y



Foto: Neyeli Zaragoza

más de 13 millones de obesos. Respecto a la patología adictiva, más de 3 millones de personas son adictos al alcohol, existen 13 millones de fumadores y 400 mil pacientes adictos a psicotrópicos. Además, 500 mil personas sufren esquizofrenia,⁸ 1 millón epilepsia y 5 de cada mil niños sufren retardo mental.

Por su parte, los T afectivos en la Ciudad de México incluyen 9% de la población adulta de entre 18 y 65 años con 7.8% de episodios depresivos mayores a razón de 2.5 mujeres por cada varón. La distimia, en su calidad de variante de afectación del T anímico, mantiene 1.5% con un rango similar entre los géneros (2.6%), y a la par existe un porcentaje menor en los cuadros de relación del talante con 1.3% y diferencia similar entre géneros. La prevalencia de los T por ansiedad afecta a 8.3% de la población, donde la agorafobia sin pánico (3.8%) y la fobia social (2.2%) son los diagnósticos más comunes.⁴ En este punto cabe destacar que tales prevalencias son más bajas que las observadas en Estados Unidos, donde existen cifras de hasta 19.5 y 25% para cualquier T afectivo y por ansiedad, respectivamente.

No obstante, el panorama general brindado has-

ta aquí resalta algunos datos que se magnifican al considerar las transformaciones demográfico-epidemiológicas del país, dado que se espera que para los próximos 12 años ocurra un aumento global de 29% de individuos afectados por alguno de los T referidos (patología adictiva y su comorbilidad y los T afectivos y ansiosos).

Vista la gravedad de este problema desde una óptica social acorde a cifras oficiales, se indica que 8% de los TM son de tipo neuropsiquiátrico, 10% de los adultos mayores de 65 años de edad sufren cuadros demenciales y 15% de la población de entre 3 y 12 años presentan algún tipo de TM o de conducta, lo cual insta al desarrollo nacional de acciones firmes, permanentes y coordinadas.⁹

DISCUSIÓN

Los TM causan pérdida de años de vida saludable (AVISA);¹⁰ según cifras oficiales, entre los 15 principales están los T psiquiátricos neurológicos, 6 de los cuales se vinculan con este tipo de T así como con patología adictiva, homicidios, violencia, accidentes producidos por vehículos automotores, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática y demencias. Pero sólo la patología alcohólica y los T depresivos, representan casi 18% del total que producen pérdida de AVISA. Para la SSA, las principales causas de ello en México durante 1998 se relacionaron con TM vinculados a homicidios y violencia.⁹

La patología adictiva es responsable de gran carga social, ya que los T relacionados con alcohol y abuso de sustancias constituyen un serio problema de salud pública, reflejado en la afectación directa al desarrollo del capital humano y social y la génesis de altos costos económicos, no sólo a través del sistema de salud, sino también por vía de accidentes y lesiones, violencia y criminalidad, que menoscaban el bienestar de las futuras generaciones con su alta prevalencia y comorbilidad.¹¹ Tal impacto económico se refleja además, en el ingreso personal y en la capacidad de las personas y familias para trabajar y contribuir a la productividad nacional.

La utilización de los servicios de atención asistencial y de apoyo aumenta los costos de atención y productividad, amén de costos indirectos (número de personas afectadas, costos terapéuticos y de

rehabilitación, pago de servicios de diversa índole, discapacidad laboral y pérdida de ingresos que provocan grandes cargas de angustia y sufrimiento). Los efectos colaterales de la falta de tratamiento se visualizan en intentos suicidas y el suicidio consumado, afectación familiar y con los amigos, descuidos, ausencias laborales, desesperación, aislamiento, estigma producido entre los empleadores, pobre contribución al tratamiento, descuido e improductividad, pérdida de vidas humanas, necesidades insatisfechas, exclusión social, mayor necesidad de oferta de atención de SM y médica general, que reduce la productividad de atención clínica hospitalaria.² Una característica importante de los TM es que mientras su mortalidad es baja, el comienzo de los T ocurre a menudo en edades tempranas, lo que hace que los costos directos e indirectos por su atención institucional sean altos *per se*.¹ Ello sin contar otros costos no relacionados con la salud, dirigidos a otros servicios sociales, el sistema judicial y carcelario, el transporte y demás recursos perdidos, los relativos al valor de la productividad, a la mortalidad y el valor del tiempo de los cuidadores y familiares.

El Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos representan 12% del costo total de las enfermedades médicas, en tanto que representa 20% para la OMS. Tales T medidos por “años de vida ajustados por discapacidad” representan 11.5% de la carga total de las enfermedades, entre las que destaca la depresión, que por sí sola acumula 36.5% del total, y el alcoholismo con 11.3%. El análisis pormenorizado de la OMS sobre el diagnóstico situacional en la SM detectó que algunas de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo son: 1) depresión mayor, 2) anemia por deficiencia de hierro, 3) caídas accidentales, 4) uso de alcohol, 5) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 6) trastorno bipolar, 7) anomalías congénitas, 8) osteoartritis, 9) esquizofrenia, y 10) trastorno obsesivo compulsivo.² Pero la productividad disminuida en el trabajo ocurre incluso cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad, pues los TM pueden causar una reducción apreciable en el nivel habitual de productividad y rendimiento, por lo que dicha patología afecta lo mismo el acceso al mercado de trabajo como su permanencia.

A la pregunta de ¿cuánto cuesta la enfermedad mental?, hay que responder que las estimaciones de los costos no están disponibles aún para todos los TM, ni para todos los países. Durante 1990 se estimó que los costos de los problemas derivados de TM fueron del 2,5% del producto nacional bruto (PNB) en Estados Unidos. Se ha imputado a los TM al menos 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades asociadas, seguidos por abuso de alcohol, que representa 34%. En los países miembros de la Unión Europea el costo fue estimado entre 3-4% del PNB, porcentaje del cual los costos calculados para la atención social por este concepto llegaron en promedio al 2% del PNB.¹² El costo de su manejo efectivo muestra un muy bajo nivel de recursos disponibles en países en desarrollo con relación a la población afectada.

El *Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001* de la OMS señaló el grave panorama de carencias y desigualdad de la distribución de los recursos de SM y la necesidad de reforzar de forma urgente y sustancial los recursos destinados a la SM para responder a la carga actual y creciente de los TM. Los enfoques basados en la evidencia para la asignación de recursos y el desarrollo de servicios son un componente prometedor y necesario para el apoyo de las políticas nacionales de SM, en especial para países en desarrollo. El enfoque de costo-eficacia es uno de los criterios analíticos del proceso de toma de decisiones para financiar la prevención y tratamiento de TM, pero es recomendable que se complemente con otros enfoques.¹³

Entre los elementos participantes de la problemática de la atención asistencial debe considerarse que las personas con TM están en mayor riesgo de sufrir violaciones de sus derechos humanos, y tienen también mayores probabilidades de sufrir discriminación al solicitar acceso a tratamiento o atención social e institucional. De hecho, el logro de objetivos de salud física como los relacionados con la mortalidad infantil y su comorbilidad, puede darse con un mejor manejo de la depresión posparto. Las tasas de infección por VIH/sida entre los 17 y 24 años pueden reducirse porque una mejor SM reduce el riesgo del sexo no protegido y el consu-



Foto: Scott Adams

mo de sustancias, además del mejor cumplimiento del tratamiento para otras condiciones (tuberculosis, VIH/sida, hipertensión, diabetes y cáncer). Los cuidadores de pacientes se benefician también de la reducción de la carga de atención, menos días de trabajo perdidos y una menor pérdida de ingresos. Tanto patrones como trabajadores, se benefician de un mejor ambiente de trabajo, menor ausentismo y mayor productividad y los gobiernos reducen sus transferencias de costos y pagos.¹⁴

La SM deviene como una variable crucial en el éxito de los programas destinados a reducir la pobreza y asegurar un desarrollo sustentable, afectados por efecto social del TM.¹⁵ Los países clasificados por sus ingresos con los criterios del Banco Mundial, difieren ampliamente en la proporción destinada a la SM en sus presupuestos de salud. Los más pobres tienen reducidos presupuestos de salud e invierten en menor proporción en temas de SM. Pero una baja oferta de atención en SM conlleva resultados pobres, recaídas que podrían evitarse y a escasas acciones destinadas a la rehabilitación.¹ Existe una brecha amplia entre la carga económica-social de los T neuropsiquiátricos y el presupuesto destinado a la SM. Los TM y el T de la conducta constituyen 13% de la carga global de la enfermedad; sin embargo, en promedio el presupuesto destinado a la SM de los países rara vez supera el 2% de los gastos totales en salud, por lo que es un imperativo social mejorar las acciones destinadas al tratamiento de las personas con TM.¹⁶

En los últimos decenios los datos oficiales indican un curso evolutivo y dinámico con alternancia de ciclos de impulso con otros de relativo estancamiento. En términos de *la cantidad, recursos y servicios especializados institucionales*, el país muestra un

patrón característico que presenta una expansión selectiva insuficientemente planificada en el sector salud y seguridad social, y por otra, una reducción en términos absolutos de los recursos en atención hospitalaria en aquellas instituciones destinadas a los no derechohabientes.

La relación entre la infraestructura *empleada en términos de cobertura por niveles de atención, relativa a los recursos empleados*, observa que aun cuando se favorece la reducción de la permanencia de los pacientes psiquiátricos y su reincorporación a familia y a la comunidad, la disminución en el número de camas ha llegado al punto de que existe una proporción menor en 28% a la recomendada por la OMS (1 cama/10 mil habitantes), además de que las camas disponibles para internamiento especializado tienen distribución inequitativa a lo largo del territorio nacional. De modo que la Secretaría de Salud (SSA) y los institutos nacionales de salud disponen de camas para la atención de estos enfermos.

Pero 7 estados (Campeche, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas) carecen de servicios hospitalarios para la atender población abierta con TM. El indicador nacional promedio de camas/habitantes de 1.033×10 mil, que ha sido mejorado escasamente en los últimos años es una cifra que refleja la cobertura relativa e inequitativa existente entre las entidades federativas del país. De hecho, se estima que 51% del total de las camas “reales” existentes, tiene características asilares, es decir, permanecen saturadas o sin movimiento.

La accesibilidad geográfica al interior de cada estado, como es de esperarse, es desigual y los servicios asistenciales se ubican en localidades de mayor desarrollo económico o en sitios alejados de los núcleos urbanos. La infraestructura-cobertura niveles de atención, relativa a los recursos empleados, observa una agudización del problema, toda vez que la cobertura de los servicios de salud para atender a este sector ha disminuido al pasar el tiempo, según datos proporcionados por el Registro Nacional de Infraestructura para la Salud.

En el primer nivel de atención, los recursos reúnen más de 12 mil núcleos básicos de salud (1 médico y 2 enfermeras), que operan completos menos

de 30%, y sin servicios especializados de SM. En el segundo nivel, la Ciudad de México concentra 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales destinados a atención de población abierta. Únicamente 7 estados tienen suficientes especialistas en psiquiatría y 4 en psicología (1/100 mil y 1/40 mil habitantes, respectivamente). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de especialistas en psiquiatría es casi absoluta. Además, en las distintas entidades del país ambos tipos de profesionales se concentran en ciudades de mayor tamaño y desarrollo. El tercer nivel de atención reúne 28 hospitales de especialidad (psiquiátrica) y 4 hospitales generales con posibilidad de internamiento de personas con diversos TM. La seguridad social dispone de 4 hospitales y existen 8 en el ámbito privado.¹⁶ El funcionamiento de los servicios mencionados ha mostrado promedios de 4 días/usuario pero los índices de uso de servicios para el manejo de T afectivos siguen siendo bajos¹⁷ a causa de distintas dificultades entre los usuarios y los servicios, como el bajo nivel de escolaridad, el monto de los ingresos de las familias, la vergüenza de aceptar que se tiene un TM.

CONCLUSIÓN

La actividad asistencial ha de buscar incluir la atención de personas con padecimientos mentales a través de los servicios de salud general y especializados de atención ambulatoria y hospitalaria, para prevenir, tratar las enfermedades y reintegrar a la sociedad a las personas con TM, siempre sobre la base de la utilización de criterios de atención integral y humanitaria.¹⁹ En la reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México es un imperativo el crear nuevos y eficientes modelos de atención en SM donde la SSA en colaboración con ONG, instituciones de asistencia privada (IAP), universidades, sociedades médicas y la sociedad civil entre otras, participen en la propuesta y desarrollo de un Modelo Nacional de Atención en Salud Mental. En él ha de contemplarse la creación de nuevas estructuras de atención basadas en el respeto a recibir una atención integral médico-psiquiátrica y a los derechos de los usuarios, así como de recibir una atención médico-psiquiátrica integral.²⁰

Un modelo tal requiere de una red de servicios de alternativas complementarias en cuya realización los gobiernos Federal y Estatal y Municipal del país, han de aplicar recursos financieros adicionales. En congruencia con los avances en esta área a escala mundial, se debe establecer: el abandono del modelo hospitalario psiquiátrico de corte asilar; la generación en todas las estructuras de la red de servicios que promuevan un ambiente de amabilidad y eficiencia, y que se respeten cabalmente los derechos humanos de los usuarios y del personal, con base en las Normas Oficiales Mexicanas; así como favorecer la comunicación permanente sobre el funcionamiento y avances del modelo a aplicar, con el fin de resolver los problemas que se susciten y se logre un impulso a este modelo a efecto de consolidar la rehabilitación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos.

Al tratarse de usuarios con padecimientos crónicos, colaborar en su regreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible. La Ley General de Salud pretende crear nuevas estructuras de atención asistencial basadas en el derecho de la gente de recibir atención médica y psiquiátrica, a través de un modelo de red de servicios con complementarias de prevención, hospitalización y reintegración social de los TM. Dada la envergadura y trascendencia de la problemática implicada, puede esperarse que tal tipo de actividades realizadas en grupo requieran de actuar bajo un diseño planificado y armónico que potencialice el esfuerzo de los múltiples intereses y actores involucrados. Nos pronunciarnos hacia el logro de la consolidación y el mantenimiento perenne de una anhelada meta conveniente para la vida de los enfermos mentales y sus familias, en aras de la instauración de una sociedad más justa, sana y digna para todos. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys, 2008. *PLoS Med.* 5(7): e141 doi:10.1371/journal.pmed.0050141
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J. World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in: the World Health Organization; World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291(21):2581-90.
- González S. La salud mental en México. Director General de los Servicios de Salud Mental. [Consultado 07/02/05]. Disponible en: <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm>.
- Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M. La educación médica en adicciones y sus problemas. *Psiquiatría.* 2004; 20(1):9-20.
- Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT, 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Octubre 2006. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003. INEGI, Cuaderno No. 9. México, 2004. ISBN 970-13-4367-0. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/>
- Leifman H. A comparative analysis of drinking patterns in six EU countries in the year 2000. *Contemp Drug Probl.* 2002;29:501-48.
- Medina Mora ME, Villatoro J. La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo "La salud mental en México. Retos y perspectivas". Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Nathan P, Gorman J, Salkind N. Tratamiento de los trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan. Alianza Ensayo: Madrid; 2002.
- ONUSIDA. América Latina. Situación de la epidemia de SIDA, 2007. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y OMS. 2008.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001: Ginebra, Suiza.
- Roberts G, Ogborne A, Leigh G, Adam L. Best Practices: Alcoholism and drug addiction. Treatment and rehabilitation. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues. Health Canada. 1999.
- Rosler W. Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. *World Psychiatry.* 2006;4:151-7.
- Secretaría de Salud (SSA). Programa de Acción Salud Mental: Capítulo IV. Secretaría de Salud. Prioridad a salud mental y adicciones. [Consultada 15/03/2001]. Disponible en: www.ssa.gob.mx
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 1ª ed. México; 2007.
- Souza y Machorro M, Cruz Moreno DL. Acerca de la rehabilitación en adicciones. *Rev Mex Neuroci.* 2008 9(5):409-17.
- Souza y Machorro M, Cruz Moreno DL. Acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones. *Rev Mex Neuroci.* 2008; 9(4):290-7.
- Souza y Machorro M. Adicciones: clínica y terapéutica. Editorial Alfil: México; 2007.
- Souza y Machorro M. La salud mental y el adulto. Editorial. *Rev Mex Neuroci.* 2007;8(3):218-21.
- WHO-CHOICE. Cost-effectiveness of interventions for reducing the burden of mental disorders: A global analysis (WHO-CHOICE). GPE Discussion Paper (prepared by Chisholm D). World Health Organization, WHO: Geneva; 2003.