

EL CAMBIO



El cambio en el modelo de atención a la salud mental y las adicciones



Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México: sus logros y sus retos



EL CAMBI 



Contenido

DIRECTOR:

DR. JUAN MANUEL QUIJADA GAYTÁN
COMISIONADO NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES (CONASAMA)

EDITORA EN JEFE:

LIC. GAURI ARIAN MARÍN MÉNDEZ
DIRECTORA DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA
(CONASAMA)

EDICIÓN:

**SUBDIRECCIÓN DE DIFUSIÓN Y ESTRATEGIA
EDUCATIVA (CONASAMA)**

CONSEJO EDITORIAL:

DRA. EVALINDA BARRÓN VELÁZQUEZ
DIRECTORA GENERAL Y COORDINADORA
DE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN DE ADICCIONES (CONASAMA)

DR. JOSÉ JAVIER MENDOZA VELÁSQUEZ
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA (CONASAMA)

MTRA. DIANA IRIS TEJADILLA OROZCO
RESPONSABLE DEL PROGRAMA NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (PRONAPS)

MTRA. NADIA ROBLES SOTO
DIRECTORA DE COORDINACIÓN DE PROGRAMAS
NACIONALES Y DEL OBSERVATORIO MEXICANO
DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (CONASAMA)

DR. JORGE JULIO GONZÁLEZ OLVERA
DIRECTOR DE DESARROLLO DE MODELOS DE
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL (CONASAMA)

DR. HUGO GONZÁLEZ CANTÚ
JEFE DE SERVICIOS (CONASAMA)

MAQUETACIÓN Y DISEÑO:

MTRO. HUGO ALEJANDRO ASEFF CHÁVEZ
SUBDIRECTOR DE COMUNICACIÓN Y
CONTENIDOS (CONASAMA)



p.6

LA REVISTA EL CAMBIO SE PUBLICA SEMESTRALMENTE, EN FORMATO IMPRESO Y DIGITAL, BAJO EL MODELO DE PUBLICACIÓN CONTINUA. ES EDITADA POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y NO PERSIGUE NINGÚN FIN DE LUCRO.

SE AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL DE LOS TEXTOS PUBLICADOS EN LA REVISTA EL CAMBIO SIEMPRE Y CUANDO SEA SIN FINES DE LUCRO Y SE CITE LA FUENTE COMPLETA Y LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PUBLICACIÓN.

LA OPINIÓN EXPRESADA POR LOS AUTORES NO REPRESENTA NECESARIAMENTE LA OPINIÓN DE LA CONASAMA.

ISSN EN TRÁMITE.



Transformando

p.6 **El cambio en el modelo de atención a la salud mental y las adicciones.** Una conversación con Juan Manuel Quijada

p.10 **El modelo comunitario:** una nueva etapa de la atención a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas

p.14 **Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México:** sus logros y sus retos



Juntos por la Paz

p.18 **Las bases de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones**



Más información, menos riesgos

p.22 **Cuidar sin prohibir:** la Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños



En corto

p.26 **Fentanilo**



Debates

p.28 **Hongos con Psilocibina:** un viaje desde México al Mundo



Microhistorias

p.32 **Música para la atención de las adicciones**



Infografía

p.35 **¿Qué son los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones?**



Galería



Editorial

Históricamente, los problemas de salud mental y de adicciones se han enfrentado desde una perspectiva conservadora que afirma que las personas con algún trastorno mental son peligrosas, incapaces de razonar y que deben aislarse para iniciar un tratamiento. A su vez, se ha difundido la idea de que las personas que consumen alguna sustancia psicoactiva (lo que coloquialmente conocemos como drogas) tienden a la criminalidad; así que el problema de consumo debe tratarse con un enfoque prohibicionista que, en la práctica, es profundamente estigmatizante.

La evidencia científica muestra que lo anterior es falso. La mayoría de las personas con un trastorno mental no son peligrosas y el aislamiento impide que lleven una vida plena como cualquier miembro de la comunidad. Además, está comprobado que la estigmatización y la criminalización que se deriva del conservadurismo prohibicionista, no ayuda a que las personas con algún problema de consumo se acerquen a los servicios de atención y busquen ayuda; por el contrario, no lo hacen y se alejan de la comunidad. Incluso, en muchos casos, ante la incapacidad de enfrentar el problema en comunidad, las mismas familias terminan enviando a los usuarios de sustancias psicoactivas a anexos clandestinos que prometen “curar” la adicción de la persona, mediante prácticas violatorias de derechos humanos.

Afortunadamente, en los últimos tiempos el mundo está cambiando de manera acelerada. Una de las repercusiones de la crisis producto de la pandemia del SARS-Cov2, fue la aceptación generalizada de una idea que muchos especialistas, activistas, miembros de la sociedad civil, etcétera, habían planteado desde hace tiempo: la salud mental es tan importante como la salud física, el internamiento de personas con trastornos mentales, (como pasa con todos los padecimientos) debe realizarse sólo en casos

específicos; y los trastornos deben atenderse en comunidad, privilegiando el tratamiento en el primer nivel de atención.

De igual forma, se comienza a extender la idea de que la violencia producto del consumo de sustancias psicoactivas está asociada a muchos factores políticos, sociales y económicos, así que debe tratarse como un problema de salud pública. Diversas investigaciones científicas han demostrado que la mayoría de los problemas de consumo se derivan por problemas de salud mental, razón por la que debe atenderse con un enfoque que considere todos los factores que influyen en él.

Así, el mundo está cambiando, pero México también. Gracias al proceso de transformación que está viviendo nuestro país, iniciamos un cambio en el modelo de atención a la salud mental. Este cambio es, en el estricto sentido del término, toda una revolución: se plantea que la salud mental y las adicciones deben atenderse de manera conjunta desde un modelo que considere al individuo, a la comunidad y a los servicios de atención. Dicho modelo prioriza la atención de primer nivel; promueve y realiza prácticas que fomentan los factores protectores de los miembros de la comunidad; acerca información científica válida y confiable a las personas; y coordina acciones intergubernamentales para impulsar el bienestar de las personas.

Recientemente, vivimos un momento importante de esta revolución. El 25 de mayo de 2023 se publicó un Decreto que dio vida a la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama); institución que termina con toda una historia de atención fragmentada y conservadora; y que pasa a ser rectora de los esfuerzos del sector salud para enfrentar los problemas de salud mental y de adicciones; considerando, como prioridad, garantizar los derechos humanos de todas las personas.



Confiamos que esta publicación permitirá a las personas lectoras, acercarse desde otra perspectiva a los problemas de salud mental y adicciones



Lamentablemente, pese a los cambios que estamos presenciando, la información que circula día con día sobre la salud mental y las adicciones todavía está impregnada del enfoque conservador. A su vez, la transformación del modelo de atención, inevitablemente, genera incomodidad en algunos sectores que tienen una perspectiva tradicional; o, por la velocidad del cambio, no se ha dialogado cabalmente, para entender y discutir sus alcances, su misión y, desde luego, sus retos aún por cumplir.

Por esta razón, desde la Conasama impulsamos la **Revista El Cambio en el modelo de atención a la salud mental y adicciones**, como un espacio de divulgación científica que busca difundir nuestro trabajo; las políticas que impulsamos, información científica y confiable sobre sustancias psicoactivas y trastornos de salud mental; historias de atención comunitaria que emergen desde el territorio; debates que se desarrollan a nivel mundial sobre temas de interés en la materia y mucho más.

Como científicos humanistas que somos, consideramos indispensable que los contenidos de esta revista formen parte de la conversación científica y de la conversación pública. La ciencia se enriquece del debate objetivo, fundamentado en evidencia empírica, y de la replicabilidad. Estamos convencidos de que si dialogamos considerando estos elementos, podemos enriquecer nuestro trabajo y demostrar que la transformación del modelo de salud mental está avanzando de buena manera.

En este número de lanzamiento presentamos las bases de lo que llamamos el **Modelo Mexicano de Salud Mental y Adicciones**. En la primera sección, *Transformando*, explicamos, a partir de una entrevista y dos artículos, los aspectos centrales de dicho modelo: los objetivos que perseguimos, el surgimiento de la Conasama, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PRONAPS), los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones; así como las políticas que se han implementado a partir de ellos.

En la segunda sección, *Juntos por la Paz*, explicamos la Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones (ENPA), que es un esfuerzo coordinado desde la Conasama, en donde participan instituciones federales y mesas espejo en las 32 entidades federativas. La ENPA realiza intervenciones de prevención de las adicciones desde un enfoque participativo y comunitario que se basa en la promoción de derechos y la desestigmatización. En la tercera sección, *Más información, menos riesgos*, continuamos con esta idea y explicamos la Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños, que busca eliminar los riesgos del consumo sin plantear la prohibición del mismo.

En la cuarta sección, *En corto*, proporcionamos una ficha técnica con información científica sobre una sustancia psicoactiva que ha estado en el centro de la discusión nacional e internacional: el fentanilo. Con ello buscamos brindar información básica y confiable que pueda utilizarse para entender de mejor manera el tema. En la quinta sección, *Debates*, damos cuenta de la discusión científica que hay sobre lo que coloquialmente conocemos como “Hongos mágicos”, y exploramos sus posibilidades y limitaciones como tratamiento psicológico.

En la sexta sección, *Microhistorias*, narramos experiencias del modelo comunitario. En este caso contamos la historia del taller “MúsicaTer”, del Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones de Xicoteppec, Morelos, y su impacto positivo en la comunidad. Por último, en la séptima sección, *Infografías*, sintetizamos en esta útil herramienta de comunicación digital e impresa, las características de los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones.

Confiamos que esta publicación permitirá a las personas lectoras, acercarse desde otra perspectiva a los problemas de salud mental y adicciones, así como al trabajo que se realiza desde esta institución para enfrentarlos. Sabemos que aún faltan muchas cosas por hacer y que nada, ni Roma, se construyó en un día. Pero estamos convencidos de que vamos por buen camino y que entre todas y todos seguiremos transformando.

El cambio en el modelo de atención a la salud mental y las adicciones

El mundo está cambiando. Los problemas de salud mental se consideran igual de importantes que los de la salud física. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en un futuro no muy lejano la depresión y la ansiedad serán las principales causas de incapacitación laboral, educativa y de la realización de actividades cotidianas. Por ello, planificar e impulsar políticas que garanticen el derecho a la salud mental es fundamental para que nuestras comunidades, hoy y mañana, puedan vivir con bienestar.

Pero, así como el mundo está cambiando, México también. Recientemente, la **Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic)** se convirtió en la **Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama)** y se presentó el primer Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones (2023-2024) con el que se establecieron los lineamientos para que todo el sector salud pueda impulsar, de manera integrada y coordinada, la salud mental y la prevención de las adicciones.

Por lo anterior, la **Revista El Cambio** entrevistó al titular de la Conasama, el **Dr. Juan Manuel Quijada**, para conocer de primera mano los logros, avances y pendientes del proceso de transformación del modelo de atención a la salud mental y las adicciones.

Una conversación con
Juan Manuel Quijada



¿Considera que estamos frente a un cambio cultural sobre la salud mental y la prevención de las adicciones?

Los problemas de salud mental y por el consumo de sustancias psicoactivas siempre han sido estigmatizados. Poco a poco hemos ganado terreno en su entendimiento, gracias a la actividad científica y a los esfuerzos de las instituciones, de las comunidades y de las organizaciones de la sociedad civil, para transformar toda una cultura que aislaba e invisibilizaba a las personas con estos problemas.

En los últimos años, principalmente después de la pandemia, se ha extendido la idea de que la salud mental es importante. Antes, a menos que hubiera un cuadro agudo, se consideraba importante la atención de la salud mental, pero además esa atención se basaba en aislar, en discriminar, en sacar a la persona de su trabajo, de la escuela, alejarlo de su familia, incluso del mismo sistema de salud.

*Entonces, el hecho de que hoy estemos hablando de la importancia de la salud mental, pero, además, que busquemos que forme parte de un sistema de atención integral, es toda una **transformación cultural**. Una transformación que estamos impulsando desde todo el sector salud y desde la Conasama.*

¿Cómo era la atención a la salud mental y de las adicciones antes de este proceso de transformación?

Cuando llegamos encontramos una visión desactualizada y desordenada. La Conadic, por ejemplo, se enfocaba únicamente en las sustancias y no en los consumidores y sus problemas, sus contextos, sus familias, etc. No se consideraba importante todo lo que hay alrededor del consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, el Consejo Nacional de Salud Mental era inoperante y los Servicios de Atención Psiquiátrica estaban montados únicamente en un sistema asilar con mucho gasto en el tercer nivel de atención y en los hospitales psiquiátricos, pero sin la capacidad de que la atención llegará al primer nivel.

*En pocas palabras, nos encontramos con un sistema anticuado, desarticulado, sin rectoría. Propiamente no había una política pública. **Había un vacío, la atención a la salud mental y la prevención de las adicciones se encontraban en el olvido.***



Encuentro con autoridades de Corazón de María, Chiapas, 2022

¿Qué es lo primero que usted y su equipo realizaron para enfrentarse a este olvido?

El primer planteamiento fue articular esfuerzos y posteriormente implementar varias fases de acción. Esta instrucción vino de parte del Secretario de Salud, el Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, instruyéndonos a rearticular y reordenar el sistema de salud mental y adicciones, para incorporarlo al sistema de salud.

Con esto me refiero a que todas las entidades, nosotros, los estados, el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), etcétera, funcionemos bajo una misma política de salud mental y adicciones.

Así, la primera instrucción fue **establecer una rectoría en el modelo de atención a la salud mental y ejercer una gobernanza** para coordinar esfuerzos desde una sola visión: impulsar el bienestar de las personas.

¿Cuáles son las fases que se han implementado a partir de esa rectoría y ejercicio de gobernanza?

La primera fase fue ese reconocimiento de las instituciones y de la transversalidad en materia de salud mental y prevención de adicciones.

La segunda fase fue alinear la Ley General de Salud con los principales avances en la materia; impulsar la Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones (ENPA) e iniciar con el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (Pronaps).

Durante esta fase participamos con diversos análisis, diálogos, asesoramientos e implementación de políticas públicas. En el caso de la reforma de Ley, realizamos un trabajo coordinado con el poder legislativo. **¿Pueden creer que no se había hecho ninguna modificación al respecto desde 1984? Así de desactualizados estábamos.**

Finalmente, la tercera fase es la conformación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones que articula todos los esfuerzos dentro de la Secretaría de Salud. Con su surgimiento se reconoce que la salud mental y la prevención de las adicciones no dependen solamente de la Secretaría de Salud.

¿Cuáles son los principales avances que tiene la reforma de ley?

Uno de los principales avances es que se establecieron las bases para conformar un modelo comunitario de salud mental, con el que podemos acercarnos a los servicios de salud mental y a las estrategias de autocuidado, de prevención y de promoción de la salud, a todas las personas: a sus familias, a las escuelas, a las comunidades, etc.



Además de esto, hay otros tres avances fundamentales.

El primero es dejar atrás el modelo asilar que favorecía a la discriminación y la violación de derechos humanos.

El segundo es atender el problema del consumo de sustancias psicoactivas, como un problema de salud pública, en específico, de salud mental.

En la mayoría de los países se atiende de forma separada, lo que vuelve inaccesible para muchas personas el tratamiento. Nosotros impulsamos la idea de que la dependencia a una sustancia psicoactiva es un problema de salud mental y por lo tanto tiene que ser abordado desde la neurociencia, desde la evidencia científica y desde el sistema de salud.

El tercer elemento es su alineación con la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, algo que estaba pendiente en México y que sigue siendo un pendiente en muchas partes del mundo en muchos países.

¿En qué consiste el cambio del modelo asilar al modelo comunitario? ¿Se van a cerrar los hospitales psiquiátricos?

No. Ha habido mucha confusión al respecto. Lo que sucedía antes, era que alguien que tenía un padecimiento no tenía en donde tratarse hasta que éste era muy grave, muy aparatoso, agudo, hasta que le dificultara su accionar en el trabajo, en la escuela o en la casa. Ya entonces acudían a pedir servicios y estos estaban **basados en un modelo psiquiátrico que privilegiaba el internamiento, en algunos casos involuntario** y que vendía la idea de que al salir las personas ya estarían "curadas", sin problemas, algo que está comprobado que no es verdad.

En cambio, el modelo comunitario busca atender los síntomas desde que aparecen y que los padecimientos no se conviertan en un motivo de aislamiento. Algo que se pueda atender como cualquier otro malestar.

Por ejemplo. Cuando alguien tiene una molestia abdominal, no va de inmediato a un cirujano. Primero busca a un médico general que le revise cerca de su casa. Luego, si el médico lo considera, lo manda a un Hospital General en donde le hacen una serie de estudios para ver qué es lo que está pasando. Es entonces, y sólo si es necesario, que se determina si el paciente debe ir o no al cirujano.

Nosotros queremos que suceda exactamente lo mismo en cuanto a la salud mental y las adicciones. Que los casos más leves se atiendan en la clínica cerca de las comunidades y que, dependiendo de los síntomas y de la evaluación médica, vayan sufriendo de nivel de atención. Esto, por cierto, ocurre en otras partes del mundo y es algo que propone la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, México está a la vanguardia en la materia.

¿Cómo es que las clínicas de salud pueden brindar atención a la salud mental?

Estamos capacitando al personal de salud para que tenga todas las capacidades para hacer eso. Esto se hace a través de un curso de capacitación en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud, que se llama mhGAP.

Se trata de un curso formal que toman y han tomado, al día de hoy, **más de 100,000 personas en el sistema de salud.** En él se brindan herramientas para que el personal médico pueda tratar en el primer nivel de atención casos leves y moderados. El 80% de los problemas de salud mental son leves o moderados, de ahí su importancia de atenderlos en el primer nivel.

Además de la capacitación y la reforma de Ley, ¿qué otros avances hay en el modelo de atención a la salud mental?

Uno de los principales avances es la instauración de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones. Es un esfuerzo multisectorial que busca atender el problema del consumo de sustancias como un asunto de salud pública y ejercer una coordinación y gobernanza de instituciones federales y estatales. Con la ENPA hacemos partícipes a todos de la prevención.

Por otra parte, **impulsamos el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio.** Al suicidio no podemos llegar tarde, tenemos que llegar a tiempo y el que podamos desactivar la conducta suicida o saber qué hacer desde el primer nivel de atención ha sido uno de los grandes avances de esta administración.

Este Programa Nacional al día de hoy consta con más de 10,000 personas capacitadas. Se requiere una sensibilidad especial, se requieren tratamientos especializados para desactivar la conducta suicida. La Organización Panamericana de la Salud ha reconocido que es un programa único en las Américas.



Si, Es posible con una reestructura en los 3 niveles de atención en salud, reforzando la atención Primaria Integral, en donde se incluya disminuir los factores de riesgo bio-psico-sociales y la promoción de la salud mental. Unificando los sistemas de atención que actualmente se encuentran desarticulados.



¿Qué realiza la Conasama?

La Conasama coordina todos estos esfuerzos que hemos platicado: la política pública en salud mental y consumo de sustancias del país; y la integración de la salud mental al sistema de salud, incluyendo el IMSS, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex, los Sistemas de Salud Estatales, etcétera.

¿Por qué es importante que la salud mental y el consumo de sustancias sean atendidos desde una misma institución?

De cada 10 personas que tienen una dependencia de consumo hacia alguna sustancia psicoactiva, 8 lo comparten con un padecimiento de salud mental. ¿Por qué? Porque el consumo de sustancias se debe a que quieren quitarse estos síntomas, como son la ansiedad y la depresión. Si nosotros vamos a "las causas de las causas" podemos disminuir la frecuencia del uso de sustancias y que se vea desde otra perspectiva.

Se trata de cambiar todo un sistema basado en la criminalización y en la estigmatización, por uno que considere al usuario, a sus familias, sus derechos, sus problemas y que comprenda que, en el fondo, como todos nosotros, quieren ser felices. **Se trata de dejar atrás las políticas que dañan la dignidad de las personas.**

¿Está terminada la transformación al modelo de atención a la salud mental y las adicciones?

Una transformación es un proceso de largo aliento, con muchas fases, con muchos jaloneos. Aún hacen falta cosas: consolidar la rectoría en todos los estados, consolidar la gobernanza en los sistemas de salud, capacitar a mucha gente y todavía hace falta mucha sensibilidad.

Pero ya están puestas las bases, vamos por buen camino. Es algo que no lo digo yo, lo dice la Organización Panamericana de la Salud. Vamos por buen camino porque hemos logrado que muchas personas puedan atenderse desde sus comunidades sin padecer de estigma y sin padecer violaciones a sus derechos humanos.

Desde la Conasama seguiremos trabajando, seguiremos transformando, para que la gente tenga garantizado el derecho a la salud mental, para que la gente pueda ser feliz.

El modelo comunitario: una nueva etapa de la atención a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas



Dr. José Javier Mendoza Velásquez

No existe una sola respuesta a la pregunta sobre cuál es el mejor sistema de salud dedicado a atender la salud mental en aquellos países que comparten como su principal característica la limitación de recursos. Cada país es único y sus desafíos particulares son la guía para desarrollar el mejor modelo de atención a la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas.

No obstante, hay algunos aspectos generales que todo sistema de atención a la salud mental debe considerar: **es imperativo garantizar la vida digna de todas las personas sin importar su nivel socioeconómico, el género, su origen, su cultura y, desde luego, el trastorno que padecen.** Precisamente, este fue el punto de partida para transformar el modelo de atención a la salud mental y las adicciones en nuestro país.

La salud y la salud mental no son una mercancía, son un derecho. Es importante privilegiar el acceso de toda la población a una atención eficaz y promover medidas preventivas para evitar la enfermedad. Hasta hace unos años, la salud mental había sido relegada a un segundo plano en las políticas de bienestar, ya que se consideraba como una condición no apremiante de tratar, pese a estar relacionada con las principales causas de enfermedad mundial. Por ello, no se planteó una atención integral que considerara a las comunidades y sus contextos, los diferentes niveles de atención, los derechos humanos y la vinculación de los trastornos mentales con el consumo de sustancias psicoactivas; y se relegó a un modelo que se basaba únicamente en aislar a las personas que sufrieran algún trastorno.

Hoy sabemos que la salud mental es un estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. Por ende, el Estado mexicano debe promover políticas integrales y multisectoriales que incidan en la calidad de vida de sus ciudadanos, así como desarrollar un modelo con un enfoque integral, tanto biológico como de las condicionantes sociales. Dicho modelo no sólo debe dedicarse al tratamiento, **sino también a establecer mecanismos de participación comunitarios que contribuyan a mejorar las condiciones que favorecen la aparición de la enfermedad.**



Es importante que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud enfocados a la salud mental y los consumos de sustancias psicoactivas.



Este modelo recibe el nombre de comunitario e impulsa la participación de la comunidad y la implementación de políticas de prevención, tratamiento y rehabilitación de todos aquellos problemas relacionados con la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas. **Esto con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y brindar atención oportuna, con perspectiva de género, incluyente, antirracista, respetando los derechos humanos y empoderando a las poblaciones clave.**

En nuestro país, estamos construyendo un modelo comunitario a partir de los siguientes puntos:

1. **Desarrollo de estrategias que faciliten la atención integral de la salud mental en todos los servicios de salud.** Unirnos en un mismo objetivo facilita los procesos normativos, homologa el conocimiento, e incrementa las oportunidades de brindar atención eficaz y de construir políticas públicas exitosas.
2. **Reforzar la atención primaria de la salud.** Desde el primer contacto (incluso antes) debemos iniciar los procesos para recuperar la salud mental. Para ello, hemos capacitado, tal y como sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), **a más de 100,000 miembros del sector salud**, para que puedan atender problemas de salud mental de bajo riesgo en la primera línea de atención.
3. **Caminar hacia la cobertura universal.** Es importante que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud enfocados a la salud mental y los consumos de sustancias psicoactivas. Para esto hemos avanzado en la política comunitaria y en la construcción de nuevas habilidades dentro de los diversos servicios de atención de todo el sector salud.
4. **Enfoque comunitario.** El proceso ideal para la conservación de la salud mental es la construcción de comunidades cada día más saludables, que conozcan los medios y los objetivos para mantener su salud cada vez más cerca. Además es indispensable que las personas con algún problema de salud mental y de las adicciones no sean aisladas de sus comunidades, sino que se refuercen los lazos con ellas. Para ello, impulsamos **340 Centros Comunitarios de Atención a la Salud Mental y Adicciones en todo el país**, con un enfoque integral, dedicados a la promoción, atención y canalización de problemas de la salud mental y las adicciones. ➔



Reunión con personal de Centro Comunitario en Durango, Durango



5. **Intersectorialidad.** Los problemas de la salud mental y los consumos de sustancias psicoactivas no son únicamente problemas de salud, pues se incrementan con múltiples determinantes sociales. Existen relaciones directas entre los problemas de la Salud Mental, la falta de educación, la pobreza, la ausencia de servicios, la desnutrición, el aislamiento, etcétera, así que es importante que individuos, comunidades y gobierno trabajemos juntos por la salud mental. Para ello trabajamos de manera coordinada con diversas instituciones federales y estatales y, de la mano de la **Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones (ENPA)**, impulsamos políticas públicas que consideran los contextos y las opiniones de las comunidades. Además consolidamos la **Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Consama)** para coordinar todos los esfuerzos en la materia que estaban dispersos en una misma institución.
6. **Homologar la información.** Una tarea difícil para un sistema es unificar los productos de sus procesos. Los sistemas de información son herramientas esenciales para obtener la información requerida para asignar recursos de manera efectiva, realizar seguimientos, evaluaciones y políticas públicas correctas. **Con la creación de la Consama esto será posible.**
7. **Sumar esfuerzos.** Más allá de la súper especialización necesitamos incrementar aliados. El trabajo por la salud mental puede venir de diferentes frentes, más allá de la medicina y la psicología, la enfermería, el trabajo social, la sociología, la antropología, etcétera, pueden ayudar a la recuperación del bienestar integral humano, si todos nos coordinamos. **Por eso hemos apuntado a la capacitación y a la participación conjunta de diferentes sectores del sector salud, la sociedad civil y la población en general.**
8. **Acceso a tratamiento farmacológico, psicosocial y atención integral.** Es importante garantizar el acceso a tratamientos farmacológicos, y en aquellas condiciones en que no esté indicado su uso, garantizar el acceso a las herramientas psicosociales para recuperar la Salud Mental. De la mano de los Centros Comunitarios, las capacitaciones, y las políticas públicas que se trazan desde la Consama, **hemos avanzado en la generación de herramientas para atender y prevenir los problemas de salud mental y de las adicciones antes de que sean graves.**
9. **Acciones ante las emergencias.** El modelo comunitario debe tener acciones claras para atender situaciones de emergencia. **A través de las acciones previamente mencionadas es posible generar una mayor red de primeros respondientes ante cualquier situación de emergencia que ponga en riesgo la salud mental de la población de forma masiva.**

Un modelo es sólo una línea guía para trazar las acciones necesarias de cada comunidad hacia su objetivo. El Nuevo Modelo de Atención a la Salud Mental pretende ser una herramienta para que cada comunidad, estado o municipio trace sus propias líneas que le permitan construir acciones dirigidas, no sólo a la salud mental de su comunidad, sino a su salud y desarrollo. **Este modelo es una gran transformación y como tal, pese a las bases ya establecidas, debe potenciarse. Se trata de una evaluación y actualización continua.**





Tu salud mental también es importante

Comparte tus emociones

Acude a los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones

Cuida tu salud



CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México: sus logros y sus retos



Mtra. Diana Tejadilla Orozco

En el México contemporáneo, han ocurrido tres revoluciones en materia de salud mental: la primera fue en 1910 con la creación del Manicomio General, “La Castañeda”, que se mantuvo en funciones durante 58 años, hasta su cierre por sobrepoblación y falta de recursos, en 1968. La segunda fue de 1940 a 1968 con la Operación Castañeda, periodo durante el cual se construyeron las “granjas” como modelos alternativos para desahogar el número de pacientes y darles un mejor tratamiento. La tercera es reciente, ocurrió en **2019 cuando se inició el convenio de colaboración entre las instancias federales encargadas de la salud mental y las de prevención de las adicciones en nuestro país, lo que dio lugar a la recién conformada Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama).**

La colaboración entre las instancias de salud mental y adicciones, desde un mismo enfoque, comenzó con tres líneas de trabajo: la capacitación del personal de salud en la Guía de Intervención para los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Consumo de Sustancias (mhGAP), la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) y el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS). En este texto me voy a centrar en los logros y retos del PRONAPS, que surge para atender el suicidio como un problema de salud pública y desde un abordaje eficiente, homologado a nivel nacional.



PRONAPS

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



Encuentro Interinstitucional de Salud Mental y Adicciones, 2022



El problema

A pesar de que México tiene una tasa de suicidio por debajo de la media mundial —que según la OMS (2014) es de 9.0 por cada 100,000 habitantes—, de que el suicidio no es una enfermedad sino un conjunto de factores riesgo y que es un problema de salud pública prevenible, poco se ha hecho al respecto. La tasa de suicidio se ha incrementado alarmantemente a través de los años, pues mientras que en 1990 era de 2.4, para 2022 es de 6.4. Además, en 2022 se contabilizaron 8,237 suicidios, 19% mujeres y 81% hombres. Los grupos de mayor riesgo fueron de 15 a 24 años con 24% de los casos y, el de 25 a 34 años con el 28% de los casos (INEGI, 2023).

Ante la necesidad de impulsar políticas públicas para enfrentar este problema, la Secretaría de Salud convocó a decenas de personas expertas en el fenómeno del suicidio para realizar el Taller Nacional para el Abordaje Integral del Suicidio, en octubre de 2019, para abordar temas como la vigilancia, el acceso a los servicios, la supervisión y la coordinación, el financiamiento, la capacitación y la investigación.

Derivado del Taller, de la gran aceptación de los servicios de salud mental en el país y de los retos en salud mental que trajo la pandemia por SARS COV-2, surgió el PRONAPS, con cinco ejes:

- 1) Organización y Coordinación Institucional.
- 2) Vigilancia.
- 3) Intervenciones.
- 4) Capacitación.
- 5) Investigación.



Logros

El PRONAPS entiende al suicidio como un problema de salud pública, es decir, como una “situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y la población, puede analizarse en magnitud (prevalencia o incidencia) y letalidad (causas de muerte)” (Paniagua, 2013: 5); y que generalmente se asocia a otros factores como cambios

demográficos, urbanización, globalización, afectación de estilos de vida, condiciones sociales, entre otros (Jiménez & Cardiel, 2013).

A partir de este enfoque, se han desarrollado las siguientes acciones desde los cinco ejes ya mencionados:

1) Organización y Coordinación Institucional

Se coordinaron acciones específicas participando en las 32 Mesas Espejo que coordina la Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones (ENPA) y se colaboró con instancias federales y universidades públicas en diversas actividades. Además, se generó una agenda institucional de sensibilización y comunicación del problema, con la organización de acciones académicas, artísticas, deportivas, de educación, entre otras, en el marco de la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (2020, 2021, 2022, 2023).

Por otra parte, se publicaron recursos de divulgación científica para la Prevención del Suicidio y diversos factores que hay en tono a esta problemática¹. De igual forma, se gestionó que en el buscador de Google México, ante la palabra suicidio, aparezca como primera opción la Línea de la Vida (800-911-2000), que es una línea de atención capacitada para atender estas problemáticas.

2) Vigilancia

Se impulsó el “Protocolo de Valoración del Bienestar y Valoración de Trastornos Mentales, Uso de Sustancias y Situaciones de Estrés en Médicos Internos de Pregrado (MIP) y Pasantes de Servicio Social de Medicina (PSS)” con 46,415 tamizajes (pruebas para determinar el riesgo) con el que se determinó un promedio anual de 6% de riesgo inminente, el cual fue atendido por los Programas Estatales de Salud Mental. Además, se realizaron acciones de Vigilancia Epidemiológica convencional con ocho claves de comportamiento suicida² y actualizaciones en los protocolos de atención de la Línea de la Vida.

3) Intervenciones

Como parte de las intervenciones, se atendieron en los Servicios de Salud Mental Nacional, 39,864 personas. A su vez, se realizaron brigadas comunitarias en 137 comunidades de bajo acceso a servicios de atención, beneficiando a 31,181 personas; Grupos de Apoyo Emocional (GAE) con ciclos de educación en salud mental, con 15,344 personas alcanzadas; Protocolos Código 100 y Gestión de Casos para Hospitales Generales.

4) Capacitación

Se realizaron distintos proyectos de formación especializada, en los siguientes rubros y alcances. 

5) Investigaciones

Se realizó el Modelo de Órdenes de Riesgo (MODORIS), en colaboración con diversos grupos de investigación nacional e internacional. Actualmente se encuentra en prensa.

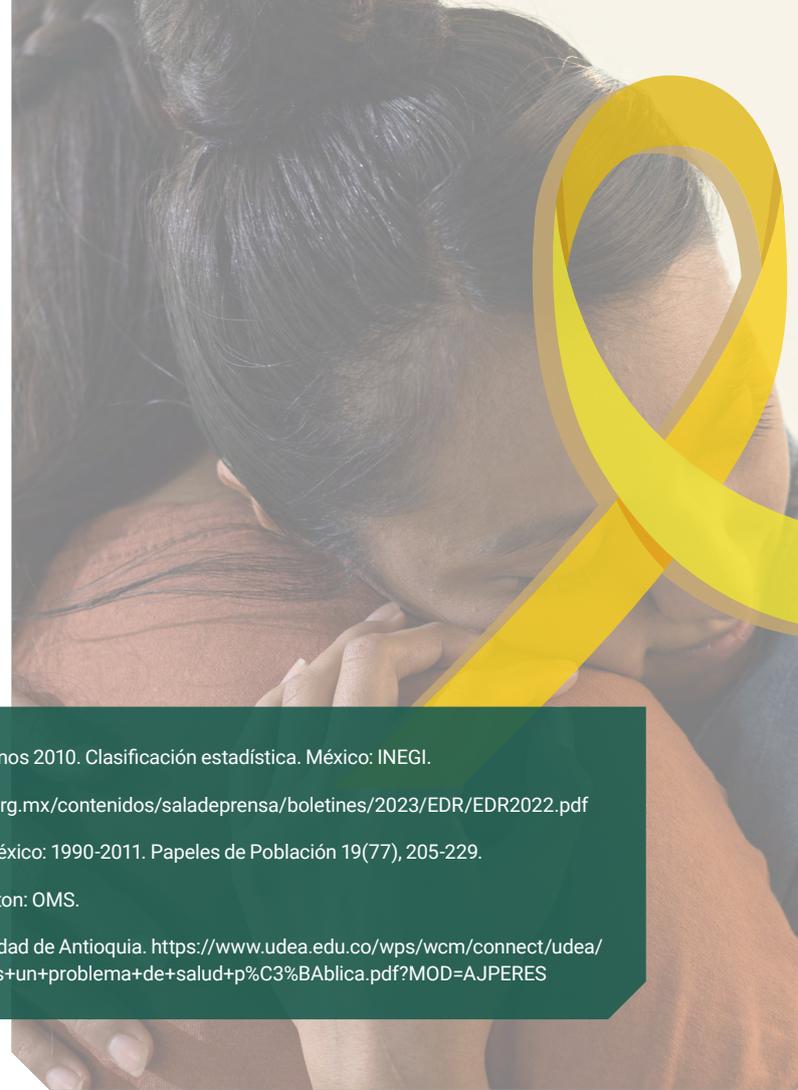
¹ Estos documentos pueden encontrarse en los siguientes enlaces: Cuadernillo Básico para la Prevención del Suicidio <https://www.gob.mx/conasama/documentos/cuadernillo-basico-para-la-prevencion-del-suicidio>; y otros recursos: <https://www.gob.mx/salud/documentos/recursos-sobre-la-prevencion-del-suicidio>

² Estas claves son: **R45.8**. Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional. Ideación suicida (tendencia). **X60**. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antiinflamatorios. **X61**. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte. **X70**. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. **X72**. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta. **X78**. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante. **X80**. Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado. **Z91.5**. Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente, auto-envenenamiento, intento de suicidio, para-suicidio.) (INEGI, 2010).



Retos

Es necesario continuar capacitando, sensibilizando y concientizando al sector salud y a la población general e implementar cada vez más herramientas comunitarias. También difundir el PRONAPS para que llegue a todos los rincones del país; compartir el modelo con los países de la Región de las Américas; y tamizar, detectar, atender y dar seguimiento a cada persona que pueda estar presentando algún comportamiento suicida; así como fomentar los factores de riesgo en cada infante y adolescente. 🌐



REFERENCIAS

- INEGI (2010). Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2010. Clasificación estadística. México: INEGI.
- INEGI (2023). Comunicado de Prensa N°419/23. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>
- Jimenez R. & Cardiel L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. Papeles de Población 19(77), 205-229.
- OMS (2014). Prevención del Suicidio: Un imperativo global. Washington: OMS.
- Paniagua, R. (2014). ¿Qué es un problema de salud pública? Universidad de Antioquia. <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/c6b7b04c-7d19-44a4-b579-9a6207bd661b/%C2%BFQu%C3%A9+es+un+problema+de+salud+p%C3%BAblica.pdf?MOD=AJPERES>

CAPACITACIONES

Formación Especializada para el Abordaje del Comportamiento Suicida (SSA-OPS-UNAM)

Protocolo Código 100 + Gestión de Casos

Primeros Respondientes, Suicidio, Posvención en Aula

Manejo del Comportamiento Suicida en Sistema Penitenciario

Manejo Responsable de la Información sobre el Suicidio en Medios de Comunicación

Sensibilización Semana DMPS

ALCANCES

2,741 profesionales en las **32** entidades federativas

670 trabajadores capacitados en **47** unidades, para fortalecer las redes de atención en prevención y seguimiento del suicidio

3,679 docentes

2,272 trabajadores

145 profesionales de comunicación social

128,957 personas a nivel mundial, en 4 años



 Dra. Evalinda Barrón Velázquez

Las bases de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones

En abril del 2019, Juan Manuel Quijada Gaytán (hoy titular de la Conasama) asistió a una reunión en Palacio Nacional. Horas después nos encontramos y, mientras subíamos las escaleras de las oficinas, volteó y me dijo: “tenemos el encargo de hacer la más grande estrategia de prevención de adicciones”.

A lo largo de este texto detallaré las bases de lo que surgió después de este anuncio y cómo se conformó la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), “Juntos por la paz”.

Separar la oferta de la demanda

Lo primero que teníamos claro era dejar atrás el discurso y la política fallida de la “guerra contra las drogas”. Esto era fundamental porque un problema de salud pública, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas (comúnmente conocidas como drogas) fue escalado como una crisis de seguridad pública.

La declaración ideológica y política de la “guerra contra las drogas” implicó la criminalización y la estigmatización de las personas usuarias de sustancias, con particular énfasis en personas pobres y racializadas. Esta estrategia sólo aumentó la espiral

de violencia, sin reducir el consumo de sustancias. No previno ni atendió absolutamente nada.

El estigma (por ejemplo, etiquetar a una persona como “drogadicto” y dejar volar todos los prejuicios que tenemos al respecto) es uno de los principales problemas que tenemos para que las personas busquen y acudan por atención. Pues bajo esta mirada, se piensa que las personas no dejan de consumir porque no quieren, por falta de voluntad, a pesar de que los contextos tienen mayor peso, salvo casos muy específicos en donde la dependencia se produce por cambios cerebrales. También se piensa que todas las personas que consumen drogas desarrollan una adicción o una dependencia, cuando la evidencia científica nos dice que, de cada 100 consumidores, aproximadamente 10 desarrolla un tipo de consumo problemático, dependiendo, claro, del tipo de sustancias, factores biológicos y factores sociales.

Resulta claro que la oferta de sustancias ilícitas en la población debe ser abordada por las instancias de seguridad pública, sin embargo, desde el sector salud debemos abordar los determinantes biológicos, psicológicos y sociales que llevan a una persona a consumir, es decir, la demanda.



Desde la ENPA nos enfocamos en las personas que, debido a sus contextos, son propensas a consumir, buscan consumir o ya lo están haciendo. Por ello, el símbolo de la Estrategia es una sombrilla verde: buscamos cubrir a la comunidad mediante la prevención y la protección del consumo de sustancias, con énfasis en niñas, niños y adolescentes.

Intersectorialidad

Desde el sector salud nos preguntamos ¿por qué esta persona o comunidad está consumiendo? Y ahí encontramos respuestas interesantes y relevantes para prevenir y atender.

Cuando comenzamos a planear la ENPA teníamos claro que debíamos trascender el sector salud (sin dejar de lado nuestra rectoría en la estrategia) y evitar una mirada medicalizada de las adicciones. Esto, debo mencionar, no fue sencillo, pues la formación que muchas y muchos tenemos se centra en la atención en el consultorio, aunque el diagnóstico y el tratamiento de consumos problemáticos tiene que ver más con contextos políticos, sociales y económicos específicos.

Así, cuando realizamos las primeras reuniones con las otras secretarías de Estado, salieron a flote las perspectivas de juventudes, de cultura, de deporte, etcétera, que nutrieron a la ENPA. Conforme pasa-

ba el tiempo, nos quedaba claro que los factores de riesgo que llevaban a las personas a consumir iban de lo individual a lo comunitario. De manera general, los factores de riesgo y de protección a los que me refiero son los siguientes:

- 1. Factores psicológicos y biológicos individuales:** que tiene que ver con nuestra propia genética, edad, creencias. Debemos tener en cuenta si la persona tiene problemas como depresión, ansiedad o un mal manejo del estrés.
- 2. Lo familiar:** Relacionado con la convivencia y la forma como nos vinculamos dentro de las familias, si existen tipos de violencias, si hay buena comunicación.
- 3. Lo escolar:** En donde impactan las nuevas experiencias, el conocimiento sobre las sustancias para prevenir y las amistades de las que uno se va rodeando.
- 4. Lo comunitario:** que tiene que ver con las redes de apoyo, la cohesión social, si en la colonia se consume o no, si está normalizado, qué tanta presencia de sustancias hay, entre otras circunstancias. Importa el contexto socioeconómico, los niveles de violencia, las ofertas laborales y el acceso a los servicios.



1



3



2

- ① Actividad comunitaria, 2022
- ② Actividad comunitaria con motivo del Día Internacional de la Paz, 2022
- ③ Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 5 de julio del 2019

Los factores de riesgo y de protección varían dependiendo de la persona, el lugar en el que vive y cómo se desarrolla.

En este sentido, la ENPA articula los diferentes esfuerzos de las instancias federales y órdenes de gobierno que influyen en la salud y el bienestar de las comunidades; impulsamos que las acciones tengan un impacto en los determinantes biopsicosociales de la salud, y procuramos el fortalecimiento de los factores protectores y la reducción de los factores de riesgo.

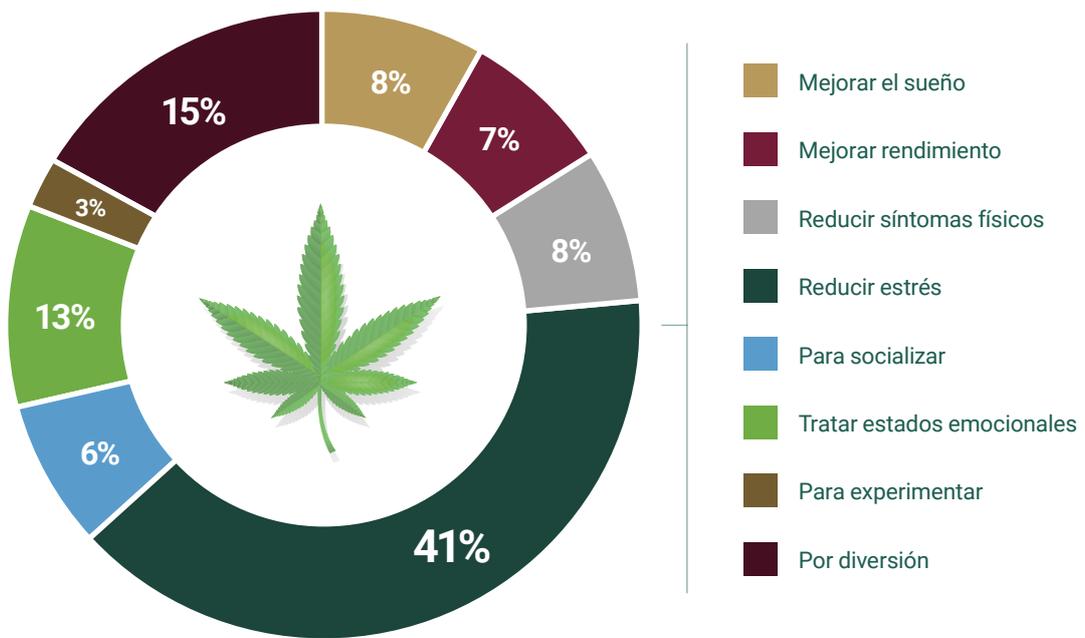
Trabajamos bajo el entendido de que el consumo de sustancias psicoactivas no debe verse desde un plano individual, sino que hay que tomar en cuenta los múltiples factores sociales que llevan al individuo a consumir. A partir de ello fomentamos las actividades deportivas y culturales en la comunidad, los clubes de lectura, los semilleros creativos, así como el cuidado de la salud mental individual.

Perspectiva de salud mental

Hasta aquí, puede parecer que nuestro trabajo se reduce a impulsar un enfoque; pero, en realidad, el trabajo de la ENPA destaca por su utilidad práctica. Para ejemplificar lo anterior, destacaré la forma en la que atendemos el consumo de la cannabis.

De acuerdo con la “Encuesta en línea sobre el uso de cannabis y derivados” realizada por el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones de la CONASAMA, el 28% de las personas entrevistadas consumieron cannabis alguna vez en la vida; y 1 de 5 personas dijeron consumirla actualmente.: ¿Por qué esta persona está consumiendo cannabis?

Si desagregamos los datos, observamos que el 39.9% de los entrevistados dice hacerlo para reducir el estrés; seguido de la diversión, el tratamiento de los estados emocionales y la mejora del sueño.



FUENTE: OBSERVATORIO MEXICANO DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE DROGAS

Cómo se puede ver, detrás de la mayoría del consumo de cannabis (como pasa con muchas otras sustancias, como el alcohol) hay un problema de salud mental no atendido.. La salud mental, como menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Es un proceso complejo que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. En este sentido, en muchas ocasiones, cuando vemos afectada nuestra salud mental; cuando nos deprimimos; cuando nos angustiamos o cuando nos estresamos, solemos “automedicarnos”, para dejar de sentir malestar, con sustancias psicoactivas.

Es por eso que pensamos que con el alcohol se oculta la tristeza o nos atrevemos a hablar más; observamos que con el tabaco supuestamente se nos calma la ansiedad; o, como en nuestro ejemplo, que con la cannabis podemos calmar el estrés. Lo que sucede, en realidad, es que no sólo no estamos atendiendo nuestros problemas emocionales, sino que además nos estamos dañando aún más.

Por ello, desde la CONASAMA y la ENPA trabajamos por fomentar la salud mental de la población, para desarrollarnos plenamente, hacer frente a momentos estresantes de la vida y poder así contribuir a la comunidad.



Convocatoria social

Desde la ENPA tenemos claro que ninguna estrategia o acción servirá si no es tomada por la comunidad, si no tenemos claro que hablamos de personas concretas en contextos específicos. Sabemos que no son los mismos factores de riesgo y de protección en Guachochi, Chihuahua que en la colonia del Valle en la Ciudad de México, o en Tapachula, Chiapas. Son las comunidades los principales protagonistas de la Estrategia, por ello, no podemos ver un sólo modelo de acción de la ENPA, sino diferentes formas territoriales y comunitarias de replicarlo.

Por ejemplo, nos encontramos comunidades que formaron clubes de lectura; otras que prefirieron formar grupos de box; algunos semilleros creativos; unos clubes por la paz que integraron a alumnos y al personal de escuelas; varias unidades móviles en puntos de riesgo de consumo; algunos centros que optaron por musicoterapia; muchos estados que promovieron los mensajes de prevención en lenguas originarias, entre muchísimas acciones más.

Son cientos los ejemplos que podría narrar porque cada uno corresponde a contextos específicos, con problemáticas particulares y lazos intersectoriales distintos. Todas y todos trabajando por fortalecer los factores de protección en el consumo de sustancias.



Así, desde 2019, la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones se ha consolidado como el mayor esfuerzo de articulación entre órdenes de gobierno, destinado a impulsar lazos de colaboración y cooperación transversales que nunca se habían pensado y mucho menos realizado. Todo esto con el fin de promover el desarrollo pleno de las comunidades y el fortalecimiento del tejido social.

Cada trimestre nos reunimos en la Mesa de Coordinación Federal de la ENPA las distintas instancias federales, también operan las Mesas Espejo de la ENPA de los 32 estados. Y es realmente gratificante saber que, a su vez, más de 300 municipios están replicando estas mesas de coordinación intersectorial.

Bajo esta sombrilla que nos caracteriza hemos alcanzado a más de 35 millones de personas a través de más de 2 millones de acciones comunitarias.

¡Trabajamos juntas y juntos por la paz!



Reunión de Alto Nivel de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), "Juntos por la Paz", 4 de octubre del 2022

Cuidar sin prohibir: la Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños



Dr. Hugo González Cantú



Para construir una alternativa a las políticas prohibicionistas y estigmatizantes contra las drogas, se ha retomado un concepto que se desarrolló en los años ochenta del siglo pasado: la Reducción de Riesgos y Daños. Pero ¿a qué nos referimos con esto?: son políticas, estrategias y acciones que tienen como fin reducir los riesgos y mitigar los daños en las personas producidos por el consumo de sustancias, sin requerir la abstinencia como único fin.

¿Cómo surge la estrategia de Reducción de Riesgos y Daños?

Para entender esta idea nos debemos remontar a principios del siglo XX, cuando en diversos países, entre ellos México, se consideraba que el usuario de sustancias no tenía voluntad propia y que era necesario que se segregara de otras personas para evitar un contagio social. Acorde con esa idea en 1934 se creó el Hospital Federal de Toxicomanías, que formaba parte del Manicomio General de la Castañeda, donde se ingresaban —en la mayoría de las ocasiones de manera involuntaria— a personas con problemas de consumo de alcohol o drogas y se les realizaban tratamientos empíricos como aplicación de baños fríos o calientes.

En esa época se consideraba que las adicciones eran un problema moral del individuo y que únicamente

a través de la abstinencia podría reincorporarse a la sociedad. Con el auge del modelo de autoayuda de Alcohólicos Anónimos a partir de los años 40 del siglo XX, la idea de que la abstinencia de las sustancias es el principal y casi único objetivo del abordaje del uso de sustancias psicotrópicas se extendió a diversos campos de la medicina, de la psicología y de la psiquiatría. Desde esta concepción se considera que el usuario de sustancias es un enfermo que no acepta su enfermedad y que es necesario un cambio moral o una revelación para lograr la abstinencia. Si no se daba o había recaídas en el consumo, eran debidos a la “ingobernabilidad” del usuario.

En este contexto la prioridad como objetivo del tratamiento era lograr la abstinencia, como única vía para reducir los riesgos y los daños por el uso de sustancias psicoactivas, y se dejaba como objetivos secundarios atender otros temas de salud física o mental. Sin embargo muchas veces la atención de estas condiciones dependía de que la persona dejara de usar por completo la sustancia de impacto y cualquier otra aunque su uso no fuera problemático. El énfasis en la abstinencia y su generalización para todos los patrones de consumo —desde el uso ocasional hasta la dependencia— ha generado que muchas personas no acepten o abandonen este tipo de programas, por lo que también podemos considerar que la prioridad de la cesación total del consumo se vuelve un obstáculo al tratamiento.



En pleno siglo XXI persiste esta visión —la del encierro, la segregación y el cambio moral del individuo— ahora transformada en espacios de internamiento involuntario, basado en un modelo sin evidencias científicas en donde la abstinencia es necesaria para ser egresado, pero en las que no se atiende o se posterga la atención de otras condiciones médicas o de salud mental que tengan las personas.

El modelo de Reducción de Riesgos y Daños surgió con la aparición de la Pandemia de VIH a principios de los ochenta. Cuando se reconoció que la transmisión es frecuente en usuarios de sustancias inyectables y posteriormente se identificó al VIH como el agente infeccioso transmisible a través de esta vía; un grupo de usuarios de drogas inyectables en los Países Bajos empezó a repartir jeringas, agujas y otros materiales estériles para evitar que los usuarios compartieran su equipo, situación que era frecuente porque la policía embargaba y perseguía a quienes portaran instrumentos de inyección y los obligaba a reutilizar materiales que habían sido usados por varios usuarios.

La entrega de jeringas estériles que surgió de este colectivo marginado se considera el inicio de la etapa moderna de la Reducción de Riesgos y Daños al hacer patente la posibilidad de proteger la salud de los consumidores, a través de estrategias que reducían el riesgo de contagio sin buscar la abstinencia como prioridad o condición de tratamiento.

La medida de repartir jeringas estériles fue tan efectiva que en los ochenta diversos gobiernos europeos integraron la entrega de éstas a las políticas nacionales para disminuir la transmisión del VIH en poblaciones clave. En la actualidad muchos otros países, incluyendo México, cuentan con este tipo de programas.

El ejemplo de la transmisión del VIH como un daño para las personas usuarias de sustancias inyectables, nos hace entender que los riesgos por el uso de una sustancia no necesariamente tienen que ver con los efectos directos de las mismas, sino con las prácticas de consumo y el contexto, que son factores potencialmente modificables. Por ejemplo: en el caso del uso de opioides podemos señalar una serie de riesgos: al ser de origen ilícito, los opioides pueden estar contaminados o sustituidos por sustancias más potentes como el fentanilo, lo que aumenta el riesgo de sobredosis letales y no letales. Entonces una medida de reducción de riesgos sería analizar las sustancias que va a usar la persona para determinar qué es efectivamente lo que piensa consumir.

Otro ejemplo lo hemos visto con la reciente crisis de opioides en Estados Unidos en la que han muerto miles de personas por sobredosis de fentanilo, y en donde la distribución de la naloxona como antidoto entre los mismos usuarios y los servicios de primera respuesta, es un mecanismo para evitar muertes en esta población. En ambos casos, las medidas de reducción de riesgos y daños no implican que el usuario suspenda el consumo para ser candidato a ellas, sino que se proporcionan como una medida de salud para evitar mayores daños o secuelas permanentes.

Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños

Podemos identificar los riesgos y daños asociados al consumo de diversas sustancias lícitas e ilícitas. Estos daños pueden ser de manera directa por los efectos de la sustancia, como las sobredosis o de efectos secundarios de las mismas, por ejemplo, la psicosis por uso de metanfetamina. También los daños pueden producirse de manera indirecta, por ejemplo, las personas que usan sustancias psicotrópicas pueden tener prácticas sexuales de riesgo, por lo que están más expuestas a la transmisión de VIH, hepatitis víricas y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los servicios de prevención como consejería sobre salud sexual, pruebas rápidas de detección de VIH y otras ITS, reparto de condones externos e internos, acceso a Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) y Profilaxis Post Exposición (PEP) y vinculación a tratamiento especializado a personas que lo requieran y de sus parejas, constituyen estrategias de reducción de riesgos y daños que deberían estar accesibles a todas las personas que usan sustancias psicotrópicas.

El uso de todas las sustancias se asocia con riesgos, pero en cada una los riesgos son diferentes y de diversas magnitudes. Por ejemplo, se considera al alcohol como la sustancia más peligrosa de todas, ya que implica riesgos tanto para quien lo usa como para otras personas. En buena medida esto se debe a la práctica de consumo excesivo de alcohol, que no significa la presencia de dependencia, expone a la persona a accidentes y lesiones, en particular por la conducción de vehículos en estado de ebriedad. En este caso se han propuesto estrategias de reducción de riesgos y daños como los programas de alcoholimetría para conductores, que requiere cambios en la manera de beber de las personas pero genera cambios reduciendo accidentes y promoviendo que las personas eviten manejar y beber. Otra medida de reducción de riesgos y daños para el alcohol es la implementación de programas dirigidos al consumo moderado o de bajo riesgo.



La transformación del paradigma

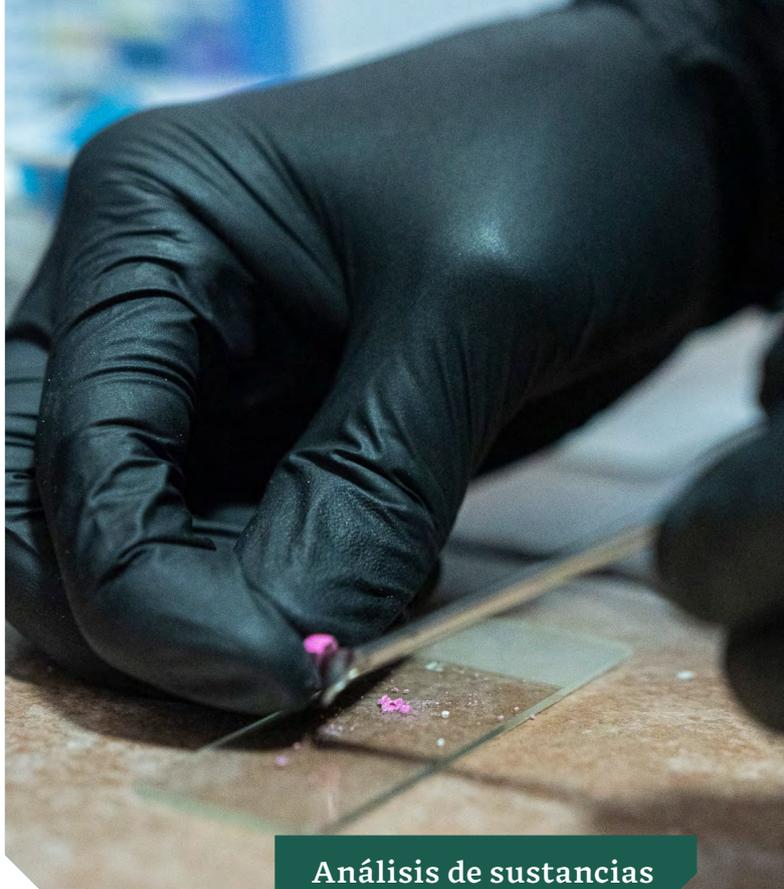
Es necesario enfatizar que el enfoque de reducción de riesgos y daños no es únicamente brindar acciones específicas, como la entrega de jeringas estériles, sino también comprende una serie de principios que deben guiar la atención a las personas que usan sustancias psicoactivas, basados en los derechos humanos y en las evidencias científicas. Estos principios se extienden a la familia y a las comunidades y también deben ser parte de los esfuerzos de prevención y de tratamiento.

Este cambio de paradigma permite entender la importancia de servicios denominados de “bajo umbral”, en donde el usuario puede recibir atención, orientación, información y servicios de salud sin cumplir las condiciones de abstinencia, adherencia, puntualidad, etc. Los servicios de bajo umbral son una alternativa a los programas o servicios de “alto umbral” diseñados de “arriba a abajo” en donde los requisitos o condiciones para recibir o mantener la atención son muchas veces barreras para las poblaciones clave.

Se han definido tres criterios indispensables para identificar servicios de “bajo umbral”: 1) los usuarios de sustancias psicoactivas deben ser el grupo primario al que va dirigido el servicio, 2) no se requiere la abstinencia como un requisito, y 3) debe contar con las menores barreras de acceso posibles.

Estos servicios de bajo umbral están diseñados de “abajo a arriba” considerando la participación y colaboración de la comunidad para determinar los servicios necesarios enfocados a reducir riesgos y daños, así como los mecanismos para que estos servicios lleguen a las poblaciones objetivo.

Otro importante cambio es el reconocimiento de que las personas que usan sustancias psicoactivas experimentan estigma, rechazo y discriminación por los servicios de atención tradicionales y que las leyes en muchos casos criminalizan directa o indirectamente el consumo, violentando incluso los derechos humanos y legales de las personas.



Análisis de sustancias

Muchas veces las personas usuarias de sustancias psicoactivas no tienen la misma oportunidad para acceder a servicios de salud o son condicionados a la abstinencia. La desigualdad en el acceso al derecho humano y constitucional a la salud puede ser abatido con la implementación de políticas con enfoque de reducción de riesgos y daños que garanticen a la población que usa sustancias un trato digno, no estigmatizante, basado en evidencias científicas, con disponibilidad de servicios específicos para atender necesidades específicas para diferentes grupos y poblaciones.

Actualmente la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones ha capacitado al personal de salud sobre el enfoque de la Reducción de Riesgos y Daños con el objetivo de abatir el estigma en la atención y ha colaborado con instituciones y organizaciones de la sociedad civil para proporcionar servicios específicos a poblaciones clave en México.

Con más información y con estrategias que no criminalicen, hay menos riesgo. 

BIBLIOGRAFÍA

Grund, J.P., Blanken, P., Adriaans, N. F., Kaplan, C. D., Barendregt, C., & Meeuwssen, M. (1992). Reaching the unreached: Targeting hidden idu populations with clean needles via known user groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(1), 41–47.

Lasco, G. et al. (2022). *The Global State of Harm Reduction 2022*. Harm Reduction International.

Rhodes, T. & Hedrich, D. (eds.) (2010). *EMCDDA MONOGRAPHS Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction_en

Secretaría de Salud. (21 de agosto de 2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Tu *salud mental* también es importante

Comparte tus emociones

Acude a los Centros
Comunitarios de
Salud Mental y Adicciones

Cuida tu salud



CENTRO COMUNITARIO
DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



EN CORTO: ¿Qué es el fentanilo?

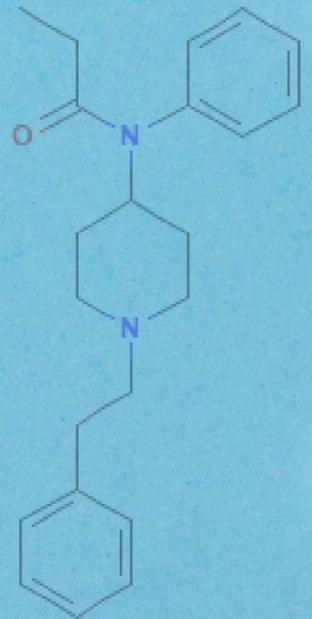


Grupo de opioides sintéticos con efecto narcótico similar a la morfina; es 100 veces más potente que ésta y 50 más potente que la heroína; con alto potencial adictivo y, aunque produce un menor efecto eufórico que la heroína, el riesgo de sobredosis es más elevado. En el ámbito médico, se emplea en el manejo de dolores crónicos intensos o disruptivos; así como anestésico, en procedimientos quirúrgicos



Efectos de su consumo

- **Euforia**
(menos notoria con respecto a la heroína y morfina)
- **Confusión**
- **Depresión respiratoria** (puede llevar a fallo)
- **Somnolencia**
- **Mareos, fatiga, dolor de cabeza**
- **Náuseas**
- **Estreñimiento**
- **Perturbaciones visuales**
- **Discinesia**
(movimientos musculares involuntarios e incontrolados)
- **Alucinaciones**
- **Delirio**
- **Analgesia**
- **Constipación**
- **Íleo narcótico**
(falta temporal de las contracciones musculares intestinales)
- **Rigidez muscular**
- **Pérdida de la consciencia**
- **Hipotensión**



Riesgos de su consumo

- **Depresión respiratoria, que puede conducir a la muerte**
- **Somnolencia, constipación, sudor**
- **Anemia, edema periférico** (hinchazón causada por el exceso de líquido atrapado en los tejidos del cuerpo)
- **Rápido desarrollo de tolerancia y dependencia física y psíquica**
- **Posible paro cardíaco o reacción anafiláctica grave**
- **Daño en las estructuras de la nariz si se huele o inhala**
- **Problemas respiratorios si se fuma**
- **Desnutrición, pérdida de peso**
- **Sedación crónica, apatía**
- **Irregularidad menstrual**
- **Síndrome de abstinencia**
- **Coma**
- **Muerte**
- **Dolor muscular y de huesos**
- **Problemas para dormir**
- **Diarrea y vómitos**
- **Temblores o escalofríos (goose flesh)**
- **Movimientos de piernas incontrolables**
- **Craving severo**
- **Sudoración**
- **Ansiedad**
- **Calambres abdominales**



OBSERVATORIO MEXICANO DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE DROGAS

¿Qué hacer si se tiene problemas de su consumo?

Acudir con un especialista o llamar a la Línea de la Vida

800 911 2000



Tratamientos **farmacológicos**

Tratamiento de sustitución con Metadona, sustancia agonista de acción lenta que ayuda a evitar los síntomas del síndrome de abstinencia

Buprenorfina | Agonista parcial que alivia el "craving", sin producir efectos psicoactivos

Naltrexona | Antagonista que bloquea la acción de los opioides e interfiere con los efectos de recompensa que causan los opioides

Naloxona | Antagonista parcial que es indicado en casos de sobredosis por el uso de opioides



Tratamientos **no farmacológicos**

Existe evidencia de que son efectivos los tratamientos con base en:

Terapia cognitivo-conductual

Intervenciones motivacionales

Manejo de contingencias o incentivos motivacionales

Intervenciones familiares

Reducción de riesgos y daños

Se han observado **mejores resultados al conjuntar** la terapia farmacológica y la psicoterapia

SEÑALES DE SOBREDOSIS



- Pulso débil
- Labios o puntas de los dedos azules
- Hipoventilación
- Erupción cutánea
- Contracción de las pupilas
- Vómitos
- Relajación muscular excesiva
- Piel sudorosa
- Ausencia de motricidad



 Dr. Jorge Julio González Olvera



Hongos con un viaje desde

PSILOCIBINA México al Mundo

Los hongos con psilocibina, **también conocidos como hongos “mágicos”**, contienen compuestos psicoactivos, principalmente psilocibina y psilocina. Diversas culturas los han utilizado en rituales y ceremonias sagradas durante siglos. En las últimas décadas, su uso ha despertado interés en el campo de la psicoterapia por sus potenciales aplicaciones terapéuticas. Este artículo ofrece una visión detallada de los hongos con psilocibina, su uso ancestral en México, y su empleo actual en México y en todo el mundo, enmarcado en la nueva ley de salud mental y adicciones.

Hongos “mágicos”: uso ancestral, rituales y cultura popular

El uso de hongos con psilocibina en México tiene una larga historia. En la cultura Mazateca de Oaxaca, por ejemplo, estos hongos han sido utilizados en rituales y ceremonias sagradas durante siglos. María Sabina, una reconocida curandera y chamán Mazateca, es conocida por popularizar el uso chamánico de estos hongos y hacerlos populares entre los jóvenes en la década de 1960.

En algunos casos, los hongos con psilocibina se consumen en rituales para facilitar la comunicación con “dioses” o “espíritus”. Estos rituales suelen ser dirigidos por chamanes o curanderos que guían a los participantes a través de la experiencia psicodélica. Comunidades indígenas como los Náhuatl, Matlatzincas, Mazatecas, Mixes, Zapotecas y Chatinos aún consumen estos hongos en sus rituales hoy en día.

Con el auge del turismo psicodélico en la década de 1960, el consumo de hongos con psilocibina se expandió más allá de los propósitos ceremoniales y comenzó a ser utilizado recreativamente, especialmente entre los jóvenes de entonces. Además, personalidades famosas como los Beatles, los Rolling Stones, Aldous Huxley y Walt Disney supuestamente visitaron a María Sabina y compartieron sus rituales, popularizando aún más el uso de estos hongos.

Actualmente, la psilocibina también se consume con fines recreativos. Los hongos de psilocibina suelen consumirse en “viajes” psicodélicos, que pueden incluir alucinaciones visuales y auditivas, alteración del sentido del tiempo y cambios de humor.





Investigación científica sobre la psilocibina y su uso en la psicoterapia

A lo largo de las décadas, los hongos con psilocibina han despertado interés en el campo de la psicoterapia debido a sus potenciales aplicaciones terapéuticas. En la década de 1990, investigadores como Roland Griffiths de la Universidad Johns Hopkins y Charles Grob de la Universidad de California realizaron estudios pioneros para examinar los efectos y aplicaciones terapéuticas potenciales de los hongos con psilocibina.

Los compuestos psicoactivos de los hongos con psilocibina y psilocina, actúan sobre los receptores de serotonina en el cerebro. La serotonina es un neurotransmisor que juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la percepción, el sueño y otras funciones cognitivas. La interacción de la psilocina con los receptores de serotonina produce efectos psicodélicos, resultando en alteraciones de la percepción sensorial, cambios en el bienestar emocional, experiencias introspectivas y espirituales, y sentimientos de euforia y conexión con el entorno.

Los estudios han mostrado que la psilocibina puede ser útil en el tratamiento de diversas condiciones de salud mental, incluyendo la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, la investigación aún está en sus etapas iniciales, y se necesitan más estudios para comprender completamente los efectos de la psilocibina en el cerebro y sus beneficios terapéuticos potenciales.

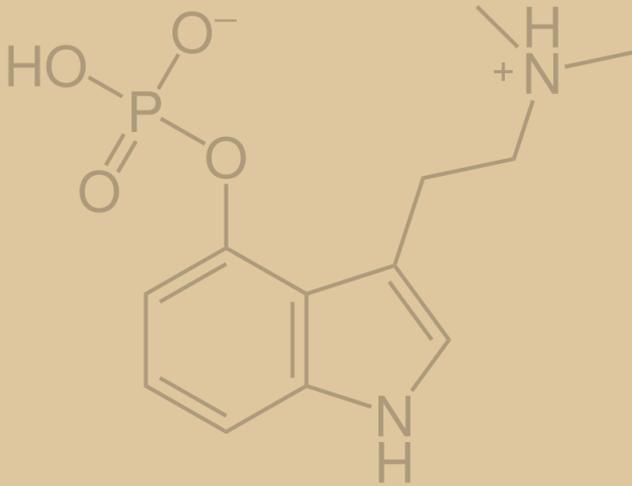
Beneficios terapéuticos potenciales y riesgos asociados con el consumo

Varios estudios han demostrado que la psilocibina puede tener efectos positivos en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT); y puede cambiar patrones de pensamiento y comportamiento asociados con adicciones. Además, puede tener efectos positivos en el bienestar psicológico general, aumentando los sentimientos de creatividad, conexión interpersonal y satisfacción en la vida.

Un estudio reciente mostró que dos dosis altas de psilocibina, seguidas de sesiones de integración, redujeron los síntomas de depresión grave o clínica en más de la mitad en el 70% de los pacientes a partir de la primera semana, y esta reducción de síntomas duró al menos un año. Este tipo de depresión afecta a 260 millones de personas en todo el mundo, y los tratamientos convencionales pueden tardar meses o años en mostrar una reducción significativa de los síntomas.

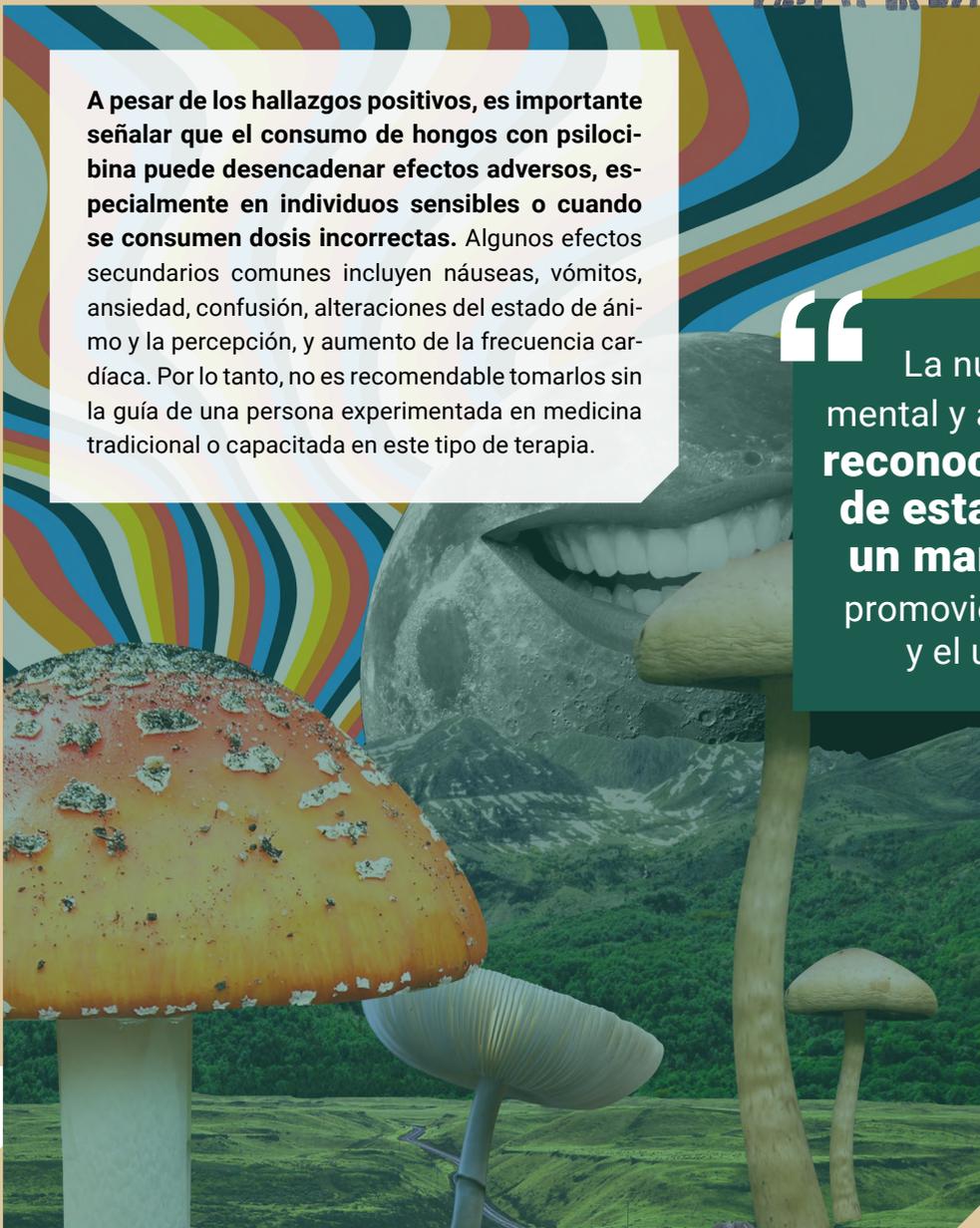
La psilocibina también ha mostrado promesa en el tratamiento de la ansiedad. En un estudio, los pacientes con cáncer terminal que recibieron una sola dosis de psilocibina experimentaron una disminución significativa de la ansiedad y la depresión. Estos efectos persistieron durante al menos seis meses después de la dosis.





A pesar de los hallazgos positivos, es importante señalar que el consumo de hongos con psilocibina puede desencadenar efectos adversos, especialmente en individuos sensibles o cuando se consumen dosis incorrectas. Algunos efectos secundarios comunes incluyen náuseas, vómitos, ansiedad, confusión, alteraciones del estado de ánimo y la percepción, y aumento de la frecuencia cardíaca. Por lo tanto, no es recomendable tomarlos sin la guía de una persona experimentada en medicina tradicional o capacitada en este tipo de terapia.

“ La nueva ley de salud mental y adicciones en México **reconoce y regula el uso de estas sustancias en un marco terapéutico,** promoviendo la investigación y el uso responsable. ”





Conclusiones

Los hongos con psilocibina, con su rica historia y tradición en México, representan un campo fascinante y prometedor en la investigación y tratamiento de diversas condiciones de salud mental. Su uso ancestral en rituales y su incorporación en la cultura popular han llevado a un renovado interés científico en sus aplicaciones terapéuticas. Los estudios actuales han demostrado su potencial en el tratamiento de trastornos como la depresión y la ansiedad, aunque aún se requiere más investigación para comprender completamente sus efectos y potencial terapéutico.

En el contexto de la nueva Ley de salud mental y adicciones en México, es esencial abordar el uso de la psilocibina con una perspectiva equilibrada y basada en la evidencia. La regulación y supervisión adecuadas pueden garantizar que su uso se realice

de manera segura y ética, respetando los derechos humanos y las diversidades culturales. La colaboración entre investigadores, profesionales de la salud, legisladores y comunidades indígenas puede fomentar un enfoque integral que reconozca tanto los beneficios potenciales como los riesgos asociados con el consumo de estos hongos.

La integración de los hongos con psilocibina en la práctica médica moderna, respetando su contexto cultural y espiritual, podría ofrecer nuevas vías para el tratamiento y la comprensión de la salud mental. La nueva legislación en México representa un paso significativo hacia este objetivo, y puede servir como un modelo para otras regiones del mundo en la exploración responsable y ética de estas sustancias psicoactivas en la medicina contemporánea.



BIBLIOGRAFÍA

Carhart-Harris, R. L., et al. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 619-627.

García-Romeu, A., & Richards, W. A. (2018). Current perspectives on psychedelic therapy: use of serotonergic hallucinogens in clinical interventions. *International Review of Psychiatry*, 30(4), 291-316.

Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268-283.

Johnson, M. W., et al. (2014). Pilot study of the 5-HT_{2A}R agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11), 983-992.

Nichols, D. E., & Johnson, M. W. (2019). Psychedelics as medicines: an emerging new paradigm. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 105(4), 733-735.

Nutt, D., et al. (2021). The effects of psilocybin on cognition and the brain: an overview. *Expert Reviews in Neurotherapeutics*, 21(5), 505-510.





Música

para la atención de las adicciones

La música es parte esencial de nuestra vida. Todos los días, en algún punto de nuestra jornada, escuchamos en la calle, en el transporte público, en el trabajo o en nuestra casa, alguna tonada o canción que narra una historia y transmite una emoción.

A través de la música expresamos sentimientos **como el amor, la tristeza y el enojo; y narramos las circunstancias individuales y colectivas que nos rodean.** ¿Quién no se ha conmovido más de una vez escuchando una canción que recuerde a una persona amada? ¿Quién no se ha emocionado cuando de la nada suena esa pieza musical que nos hace feliz?

Así como la música afecta nuestro estado de ánimo y es un medio a través del que transmitimos ideas y emociones, también puede ser un instrumento de acompañamiento para la atención de las adicciones a sustancias psicoactivas. No sólo por las reacciones fisiológicas que genera, sino por ser una herramienta de socialización y motivación.

El Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones de Xochitepec, Morelos, ha impulsado un taller de **musicoterapia** como instrumento de apoyo para el tratamiento de las adicciones, en un primer nivel de atención. Eligieron este método gracias a que

ayuda a mejorar el aprendizaje, impacta positivamente en la motivación del usuario que presenta consumo problemático, no es invasivo y permite generar lazos emocionales en la comunidad.

El taller surgió por el trabajo coordinado entre especialistas de la salud mental del Centro con Prevención del Delito de Xochitepec Morelos, para trabajar en estrategias de construcción de la paz. Fue así que se comisionó al oficial de policía, **José Antonio López Adame**, licenciado en Música, con especialidad en pedagogía, y director de la Orquesta de Policías del Estado de Morelos, para participar en la conducción del taller, acompañado de las especialistas: el taller es coordinado por la psicóloga **Paula Catalina Pérez Carrillo** y las actividades del Centro están dirigidas por **María Guadalupe Sánchez Torres**.

El nombre del taller es **MúsicaTer** y busca fomentar el desarrollo de habilidades para la vida que funcionan como factores protectores para prevenir y atender las adicciones. Todo esto a través de sesiones semanales de 90 minutos, dirigidas a pacientes que cuenten con 12 años o más, en las que se enseña teoría de la música, apreciación musical, el uso de la voz como instrumento y el uso de otros instrumentos musicales.



MúsicaTer ha sido todo un éxito. El Centro cuenta con evidencia de que los pacientes que forman parte de las sesiones **se apegaron al tratamiento, redujeron las recaídas, mantuvieron la abstinencia y algunos alcanzaron la remisión.** Además, se ha logrado construir comunidad. Por ejemplo, el pasado mes de mayo, el **Instituto de la Juventud de Xicotepec** realizó un concurso de talentos y premió a uno de los miembros del Taller, **Jorge Alberto Flores Lara** por su participación musical.

A su vez, algunos miembros de la comunidad han fortalecido aún más el trabajo de **MúsicaTer**: ex participantes se han unido de manera permanente para también enseñar a tocar instrumentos musicales; el profesor **Yair Alexis Román Lagunas**, miembro de la comunidad, se sumó a las sesiones para enseñar teatro y expresión corporal; y, principalmente, la comunidad ha abrazado al taller como suyo.

La Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones (ENPA) ha insistido en que la prevención y la atención de las adicciones deben centrarse en las personas, en los derechos humanos y en el fortalecimiento de lazos comunitarios. Se trata de prevenir desde la acción y la integración comunitaria.

La historia del taller **MúsicaTer** del Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones de Xochitepec, Morelos es una muestra de que con creatividad, coordinación interinstitucional, trabajo y apoyo comunitario, es posible construir alternativas a los problemas de salud mental y adicciones. **Como pasa con la música, un mundo mejor es posible, si entre todos nos relacionamos con armonía.**



Personal del Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones de Xochitepec, Morelos



Cuida tu
salud mental

Comparte
tus emociones

Acude a los Centros
Comunitarios de
Salud Mental y Adicciones



CENTRO COMUNITARIO
DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



¿YA CONOCES LOS NUEVOS CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES?

ESTÁN EN TODA LA REPÚBLICA E INCLUYEN SERVICIOS GRATUITOS COMO:



Detección oportuna de problemas derivados del consumo de sustancias y/o problemas de salud mental



Tratamientos de acuerdo con el nivel de riesgo, severidad y deterioro de los trastornos detectados



Capacitación en temas de prevención y atención del consumo de sustancias y de problemas de salud mental



Pláticas y talleres en temas de prevención y atención del consumo de sustancias y problemas de salud mental



Orientación y sesiones psicoeducativas para familias



Referencia y/o derivación a otros centros de atención



Actividades comunitarias



CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES



Transformamos los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) en los nuevos **Centros Comunitarios para atender desde un enfoque de salud mental**, así como para prevenir y atender problemas propios de salud mental



Para encontrar tu Centro Comunitario **escanea el código QR** o llama a la Línea de la Vida **800 911 2000**



Línea de la Vida

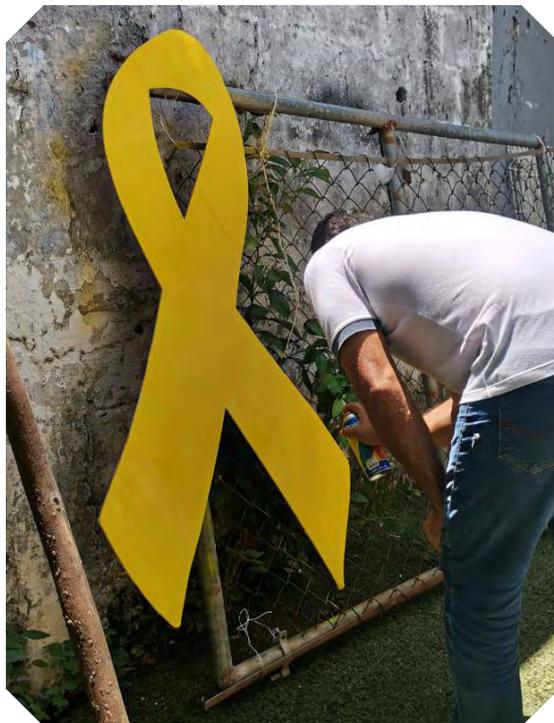
800 911 2000





GALERÍA





Si la tristeza te abruma,
llámanos.

Estamos contigo

LÍNEA DE LA VIDA - 800 911 2000



CENTRO COMUNITARIO
DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES

#DetengamosElSuicidio



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA

COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



@conasamamx

Más información en nuestras
redes sociales y sitio web

www.gob.mx/conasama

