

Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México

Child mental health and the treatment gap in Mexico

Karla Suárez¹ y Alan E. Kazdin²

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Yale University²

Autor para correspondencia: Karla Suárez, suarilez@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

El presente artículo se centra en la brecha de tratamiento, que se refiere a la discrepancia entre la proporción de la población que necesita servicios y la que los recibe. Actualmente, en México, pero también en el mundo, la mayoría de las personas que necesitan servicios de salud mental no reciben tratamiento. Los autores se centran en el tratamiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes porque en su mayoría tales trastornos surgen durante estos periodos de vida. Se discuten las barreras para recibir y prestar servicios de las personas que lo necesitan, y se subraya la importancia de proporcionar tratamientos que sean escalables (o sea, que puedan llegar a un gran número de personas) y que tengan alcance (es decir, que puedan extenderse a los grupos que a menudo se descuidan en la atención de la salud mental). Se identifican múltiples modelos de prestación de tratamiento y se ilustran tres de ellos en detalle: el cambio de tareas, el entretenimiento educativo y las intervenciones de mejor-compra. Estos y otros modelos permiten que los servicios de salud mental lleguen a más personas que los necesitan, y reducir así la brecha de tratamiento en México.

Palabras clave: Salud mental en niños y adolescentes; Brecha de tratamiento; Modelos de prestación de tratamiento.

ABSTRACT

This article focuses on the treatment gap, which refers to the discrepancy in the proportion of the population in need of services and the proportion that receives them. Currently, in Mexico, but also worldwide, most individuals in need of mental health services receive no treatment. The authors focus on the treatment of mental disorders among children and adolescents because most mental disorders arise during these periods of life. The article discusses barriers to receiving and delivering services among people in need. The paper underscores the importance of providing treatments that are scalable (can reach large numbers of people) and have reach (can extend to groups that are often neglected in mental health care). Multiple treatment delivery models are identified and three of them are illustrated in detail: task shifting, edutainment and best-buy interventions. These and other models permit reaching more individuals in need of mental health services and reducing the treatment gap in Mexico.

Key words: Child and adolescent mental health; Treatment gap; Models of treatment delivery.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

² Department of Psychology, 2 Hillhouse Avenue, New Haven, CT, 06520-8205, USA, correo electrónico: alan.kazdin@yale.edu.



Recibido: 28/03/2022

Aceptado: 22/04/2022

La investigación y el tratamiento de los trastornos mentales han tenido grandes avances en los últimos años, dos de los cuales son especialmente relevantes. En primer lugar, hemos aprendido que los trastornos mentales son muy frecuentes en todo el mundo. Por ejemplo, el trastorno depresivo mayor se encuentra entre los trastornos psiquiátricos más comunes y afecta aproximadamente a 4% de la población mundial (Cipriani *et al.*, 2018; World Health Organization [WHO], 2017). Las consecuencias de tal condición son enormes. La depresión aumenta la morbilidad y mortalidad y es el factor individual que más contribuye a la discapacidad en todo el orbe (*e.g.*, Berenzon-Gorn, *et al.*, 2013; Goldstein *et al.*, 2020; Lépine y Briley, 2011; Wang *et al.*, 2020). Por supuesto, la depresión es solo uno de muchos trastornos, y sus tasas de prevalencia son elevadas en todo el espectro de tales alteraciones.

En segundo lugar, se cuenta ahora con muchos tratamientos efectivos para los trastornos mentales (Barkham *et al.*, 2021; Zilcha-Mano, 2019). Existen ahora muchas técnicas psicológicas que han sido bien estudiadas mediante ensayos controlados y revisadas en metanálisis. La gama de técnicas es amplia. Por ejemplo, las intervenciones cognitivas conductuales, las terapias familiares, la meditación y la atención plena, la autoayuda, los tratamientos en línea y muchos otros cuentan ahora con una amplia evidencia en su favor. No hace falta decir que no todos los tratamientos disponibles se han estudiado en ensayos controlados mostrando ser eficaces, pero cientos de estos sí muestran serlo (*e.g.*, Barkham y Lambert, 2021; Kazdin, 2018).

El estudio de los trastornos mentales ha tenido otros avances, y los dos que se han mencionado parecen proporcionar un matrimonio perfecto. Por un lado, los trastornos mentales son prevalentes y representan una carga enorme en todo el mundo. Por otro lado, se dispone ahora de tratamientos muy efectivos. A primera vista, la tarea parece sencilla: difundamos simplemente esos tratamientos a los millones de personas que necesitan los

servicios. Lo anterior sigue siendo, no obstante, una meta o un ideal incumplido.

El propósito de este artículo es discutir los desafíos que implican los trastornos mentales y su tratamiento en México. Los presentes autores se centran en el tratamiento de los niños y adolescentes por tres razones. En primer lugar, este grupo ha sido relativamente desatendido en el estudio y tratamiento de las citadas enfermedades. La vasta literatura se concentra por lo regular en los trastornos que se observan en los adultos. En segundo lugar, la mayoría de los trastornos mentales surgen o se desarrollan en la niñez y la adolescencia. Por consiguiente, un desafío clave es brindar servicios en las etapas tempranas de la vida y no tanto en las tardías, haciendo un esfuerzo por intervenir lo antes posible. Finalmente, la carga de la enfermedad mental es especialmente grande entre los niños y adolescentes porque esa carga y el costo que trae consigo suelen perdurar toda la vida.

Se describe aquí el alcance del problema de llegar a las personas que necesitan servicios y se destacan las cargas clave. También se discute cómo los modelos de atención tradicionales para la prestación de los servicios de psicoterapia obstaculizan o impiden en realidad tal prestación a quienes más los requieren.

En este artículo se hace énfasis en las soluciones que ayudan a proporcionar los servicios necesarios a la población. Se presentan así varias formas novedosas para la prestación del tratamiento. No son nuevas técnicas de terapia *per se*, sino formas mejoradas de brindar intervenciones efectivas a las personas necesitadas de los servicios. Este enfoque se centra en la prestación de servicios psicosociales y no en los medicamentos psicotrópicos o la estimulación cerebral profunda.

La brecha de tratamiento

La brecha de tratamiento se refiere a la diferencia que hay entre la proporción de las personas que padecen un trastorno o que requieren servicios psicológicos, y la proporción que los recibe (Kohn *et al.*, 2004). Para comprender la brecha de tratamiento en la salud mental en México es necesaria la revisión de las investigaciones hechas en adultos respecto a la prevalencia de los trastornos mentales y

la carga mundial de enfermedad. El análisis de estos estudios sirve de punto de partida para abordar la brecha de tratamiento en la población infantil.

Las investigaciones epidemiológicas efectuadas en todo el mundo han mostrado las tasas relativamente altas de las enfermedades mentales. El estudio más completo hecho en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina-Mora *et al.*, 2003). De acuerdo con esta indagación, 29% de la población mexicana padeció trastornos mentales alguna vez en su vida, 14% en los últimos doce meses y 6% los últimos 30 días, quienes reportan haber sufrido alguna vez trastornos de ansiedad (14%), y además trastornos por uso de sustancias (9%) y trastornos afectivos (9%). Los datos de esa encuesta proveen información importante respecto a la salud mental infantil; por ejemplo, se reportó que las fobias específicas fueron las más comunes (7% alguna vez en la vida), seguidas de los trastornos de conducta (6%) y fobia social (5%).

Entre los estudios acerca de la salud mental en niños se encuentra el de Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, López y Martínez (1995), en el que se estimó una prevalencia de entre 16 y 20% de trastornos psiquiátricos en menores de 3 a 12 años. En un estudio posterior (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002) se encontró que más de la mitad de los padres de menores con probabilidad de sufrir un problema de salud mental no habían considerado la necesidad de buscar ayuda, a diferencia de 13% de los participantes. Otra investigación enfocada en esta población es la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México (Benjet *et al.*, 2009), realizada en la población de la Ciudad de México, la cual indicó que casi 40% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad sufrieron algún trastorno psiquiátrico en el último año, aunque menos de 14% recibió tratamiento en el mismo año. Respecto a la carga de la enfermedad, se han reportado datos más actuales. Así, el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) sobre la carga de los trastornos mentales en la región de las Américas señala los porcentajes de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), de la que 19% corresponde a los trastornos mentales. En dicha región, la carga de los trastornos mentales, neurológicos, los debidos

al consumo de sustancias y el suicidio (TMNS) es de 16% de AVAD. Los que afectan principalmente a los niños y adolescentes representan 2.2% de los años perdidos por discapacidad totales (APD). México muestra una carga alta de 3% en comparación con países de altos ingresos, como Estados Unidos y Canadá, que tienen cargas de solo 2% en ambos países. En otro estudio reciente se encontró que la carga de la enfermedad en México para la depresión es de 2% del total de los AVAD y de 1% para la ansiedad en todas las edades. Los datos de niños y adolescentes de entre 5 y 14 años de edad son de 1 y 4%, respectivamente (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

A partir de los estudios efectuados en adultos y jóvenes en México y las Américas, es claro que la prevalencia de los trastornos mentales es elevada. Lo que es necesario señalar es que muy probablemente esos datos se hayan subestimado. La razón es que los investigadores suelen omitir los trastornos subclínicos, esto es, los problemas que no cumplen los criterios estrictos de un diagnóstico psiquiátrico. Las personas que los padecen pueden seguir teniendo tales problemas en su vida cotidiana, aunque corren el riesgo de satisfacer a futuro los criterios de un trastorno psiquiátrico. Además, los datos de las encuestas suelen pasar por alto a quienes se hallan en las cárceles o en los hospitales psiquiátricos, grupos con tasas muy altas de enfermedades mentales.

Dado que las tasas de los trastornos mentales son elevadas, es de considerable interés conocer hasta qué punto las personas que necesitan servicios reciben algún tipo de tratamiento. Un estudio acerca de la brecha de tratamiento en las Américas la calculó, con base en estudios previos –incluida la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México–, de 77% para los trastornos graves y de 79% para los severos y moderados en Mesoamérica, brechas que se consideran altas en comparación, por ejemplo, con Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), que son de 41% y 53%, respectivamente. Además, se reportó que los trastornos mentales son sumamente prevalentes en niños y adolescentes, con tasas de 39% en México y con una brecha de tratamiento por arriba de 86%, lo que resulta alarmante (Kohn, 2018).

Barreras para recibir tratamiento

Es comprensible que la mayoría de las personas que necesitan los servicios no los reciban. Obtenlos para sí mismo o para un hijo para atender una disfunción psicológica abarca múltiples pasos, que incluyen experimentar alguna forma de trastorno o ciertos síntomas, identificarlos como tales, decidir si es necesario actuar al respecto, analizar las posibles opciones de intervención (por ejemplo, un “tratamiento” psicosocial, medicación

o alguna otra), buscar y obtener realmente el tratamiento si es esa la opción elegida, comenzarlo y permanecer en él el tiempo que sea necesario; en el caso de los trastornos recurrentes, recorrer nuevamente el proceso u optar por las variantes abreviadas. En cualquiera de estos pasos hay obstáculos, los que suelen denominarse “barreras” para la atención o el tratamiento (Andrade *et al.*, 2014; Corrigan *et al.*, 2014; Sarikhani *et al.*, 2021), las que se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Barreras del cuidado de la salud mental.

Tipo de barrera	Breve descripción
Factores del sistema	
Costo de los servicios de salud mental	Los tratamientos no son accesibles porque los servicios son limitados, tanto en los hospitales de primer nivel de atención como en los hospitales psiquiátricos, y son muy costosos en hospitales o servicios particulares. En México, 80% de la distribución de los recursos para la salud mental se destina a la sola manutención de los hospitales psiquiátricos (Berenzón-Gorn <i>et al.</i> , 2013).
Restricciones políticas y legales	Son pocos los servicios en los hospitales de primer nivel de atención, lo que da como resultado un menor acceso a los mismos. Los servicios de salud pública en México tienen ciertas restricciones; por ejemplo, que la mayoría de los mismos se brindan en hospitales psiquiátricos, lo que aumenta el costo de respuesta para el ingreso ya que estos se encuentran en zonas urbanas. En la ciudad de México los pacientes han referido que son escasas las opciones o están sobresaturadas, que los servicios se encuentran alejados y que no en todos los casos les hacían válido el seguro popular (cuando aún existía) o que los servicios no eran gratuitos (Berenzón-Gorn <i>et al.</i> , 2018).
Escasez de proveedores de los servicios	Los profesionales en salud mental no están disponibles en cantidad suficiente para brindar los servicios. En México, los profesionales con entrenamiento y posgrado son poco accesibles, además de que se concentran en las zonas urbanas. El Atlas de Salud Mental de las Américas 2017 reporta que hay siete psicólogos profesionales por cada 100 000 habitantes, y ningún psiquiatra infantil para esa misma población.
Factores actitudinales	
Estigma	El estigma se refiere a las creencias y prácticas negativas de un grupo sobre una condición, en este caso los trastornos mentales, así como preocupaciones o inquietudes acerca de pacientes potenciales han recibido una etiqueta (diagnóstico) con un trastorno mental, o bien por estar asociados con el tratamiento del mismo. El estigma puede conducir a prácticas discriminatorias y rechazo. Además, las personas pueden percibir su propia disfunción por el estigma (autoestigma), esto es, la identificación de sí mismos con un trastorno mental, e interferir con la búsqueda de un tratamiento. En un estudio en el que se evaluó el estigma en la salud mental en 16 países, se encontró que, en México, la prevalencia del estigma percibido era de 32%, siendo así el segundo país con mayor prevalencia después de Estados Unidos, con 36% (Alonso <i>et al.</i> , 2008). El estereotipo y la creencia de los pacientes de que los demás los supongan “locos” es un obstáculo para buscar ayuda y tratamiento de salud mental (Martínez <i>et al.</i> , 2017).
Conocimiento sobre la salud mental	Es muy escasa la información que tienen las personas y lo que saben en realidad sobre los trastornos mentales (presencia de síntomas de un trastorno que requiere tratamiento, opciones de tratamiento y formas de buscarlo y obtenerlo). En México, se halló, por ejemplo, que los síntomas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no eran considerados como un motivo de atención por los padres de los niños debido a su desconocimiento del trastorno y de sus síntomas (Caraveo <i>et al.</i> , 2002).

Continúa...

Influencias culturales	Las minorías culturales y étnicas tienen menos acceso a los servicios de atención médica y de salud mental. También se refiere a las opiniones sobre si los problemas psicológicos ameritan tratamiento. En efecto, problemas como la depresión o la ansiedad pueden no ser vistos como una razón para buscar tratamiento, lo que no es lo mismo que la falta de conocimientos sobre la salud mental, sino es que está más arraigado en las prácticas y creencias culturales. En México, el tipo de creencias como que es posible que la persona lo solucione por sí misma, o bien que el problema se resolverá de inmediato o en pocas sesiones, son algunas de las opiniones que se han reportado (Andrade <i>et al.</i> , 2014; Martínez <i>et al.</i> , 2017). En México hay 6'695,228 personas de 5 años de edad o más que hablan alguna lengua indígena, y un total de 68 lenguas originarias (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).
Otros factores	
Identificación de casos	No identificar a tiempo a personas que se hallan en riesgo de una disfunción es otra barrera para el tratamiento. Ello incluye la falta de evaluaciones sistemáticas tempranas que podrían identificar los individuos en riesgo y la falta de un seguimiento con acciones que podrían ayudarlos y prevenir dicho riesgo.
Modelos de prestación de los servicios tradicionales	Las intervenciones psicosociales de los trastornos mentales generalmente se llevan a cabo de uno a uno, en persona, de forma presencial y con un profesional de la salud mental, lo que limita de suyo el número de personas que pueden recibir tratamiento y el alcance de tales intervenciones a la población que las necesita.

A menudo se definen dos amplias categorías basadas en el origen de la barrera: factores propios del sistema (por ejemplo, costos financieros, disponibilidad del servicio y cuestiones políticas) y factores actitudinales (como el estigma, el conocimiento práctico en salud mental o la opinión de que el tratamiento no será de mucha ayuda). Cualquier nuevo tratamiento o modelo de prestación seguirá teniendo un alcance limitado si estas barreras no se superan de alguna manera o se les ignora.

Las barreras enlistadas en la Tabla 1 son bien conocidas y han sido ampliamente estudiadas. Las que se discuten con menos frecuencia son las relacionadas con la práctica clínica habitual, la supervisión de los profesionales de salud mental y las políticas y leyes locales.

Las referidas a la práctica clínica aluden a la forma en que se suele administrar el tratamiento a quienes reciben los servicios. La forma estándar o más común en que se proporcionan las intervenciones psicológicas tiene tres características interrelacionadas:

1. Las sesiones de tratamiento se proporcionan de modo personal, uno a uno, con el paciente (terapia individual, de pareja, familiar);
2. El tratamiento es administrado por un profesional de salud mental altamente capacitado

(por ejemplo, con nivel de maestría o doctorado), y

3. Las sesiones se llevan a cabo en una clínica, un consultorio privado o un centro de salud.

Este modelo de prestación puede aplicarse a las muchas formas de terapia, como los tratamientos tradicionales orientados a la charla y el *insight*, los que se centran en el comportamiento y la cognición, o los que están o no basados en evidencia. Ello supone una enorme barrera para llegar a las personas que los necesitan debido al escaso número de profesionales de salud mental que hay en formación respecto al alcance del tratamiento que se requiere, la especialización de los proveedores del tratamiento (para niños, adolescentes o adultos), la localización geográfica de la mayoría de tales proveedores, que en su mayoría residen en zonas urbanas, y la falta de representación étnica y cultural de los mismos en relación con los clientes que necesitan atención.

Modelos novedosos de prestación de servicios de salud

Una cuestión clave de la intervención es que hay ya tratamientos eficaces (basados en evidencia) para muchos de los trastornos que sufren niños,

adolescentes y adultos (*e.g.*, Barkham y Lambert, 2021; David *et al.*, 2018; Weisz y Kazdin, 2017). Así, el problema no radica tanto en la falta de tratamientos, sino más bien en la imposibilidad de llegar a la mayor parte de las personas que necesitan los servicios. Resulta útil distinguir el tratamiento (la intervención real que se proporciona) de la forma de administrarlo (quién lo proporciona, en qué circunstancias y dónde). Deben, pues,

considerarse los modelos de prestación del tratamiento. Ya se ha mencionado un modelo en el que las personas que necesitan tratamiento son atendidas en terapia individual por un profesional de salud mental. Este modelo es muy útil, pero es precisamente el que es muy improbable que llegue a las personas que lo necesitan. Para llegar a ellas, se requiere que el tratamiento tenga características como las que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Características principales de los modelos de prestación de tratamiento para llegar a las personas que necesitan los servicios.

Características	Definición
Escalabilidad	Tener la capacidad de aplicar la intervención de una manera tal que alcance a un gran número de personas.
Alcance	Tener la capacidad para extender el tratamiento a las personas que no suelen recibirlo, o bien que reciben el modelo de prestación de servicios tradicional dominante.
Asequibilidad	Hacer que la intervención tenga un costo relativamente bajo, en comparación con el modelo habitual basado en el tratamiento individual por parte de profesionales altamente capacitados.
Expansión de la fuerza laboral no profesional	Incrementar el número de proveedores que pueden brindar intervenciones.
Expansión de los entornos en que se proporcionan las intervenciones	Llevar las intervenciones a los lugares y entornos cotidianos en los que es probable que participen o acudan las personas necesitadas.
Viabilidad	Garantizar que las intervenciones puedan aplicarse y adaptarse a las distintas condiciones locales a fin de que lleguen a los diversos grupos que las necesitan.

Dos de tales características son esenciales y merecen ser destacadas. En primer lugar, la escalabilidad, que es la más crítica. Se refiere a una intervención que puede difundirse a un gran número de personas que por ahora no tienen acceso a los servicios. Es necesario recordar que la mayoría de quienes necesitan los servicios no reciben ningún tratamiento. La escalabilidad aborda este punto directamente.

En segundo lugar, el alcance, que es una característica independiente y que se refiere a garantizar que los grupos con menos probabilidades de recibir tratamiento tengan acceso al mismo. La escalabilidad es, pues, un aumento de la proporción de personas necesitadas; por sí misma, no atiende necesariamente a los que tienen más probabilidades de quedar excluidos de la atención de salud mental (y física). Hay muchos grupos que tienen una escasa probabilidad de recibir tratamiento, y

entre ellos se encuentran los niños, los ancianos, los indígenas, los que residen en zonas rurales, los individuos sin seguro médico y los que viven en la pobreza. Es necesario garantizar que las intervenciones puedan llegar a estos y otros grupos.

Si bien se enlistan otras características en la Tabla 2 que también son importantes, se hace hincapié en la escalabilidad y el alcance porque son fundamentales y reflejan las principales limitaciones de los tratamientos actuales.

Hay diferentes modelos novedosos de prestación de los servicios de atención de la salud física y mental que son viables en la población mexicana. Tales modelos cumplen en mayor o menor medida las características señaladas en la Tabla 2. La Tabla 3 muestra estos modelos, sus principales características y algunos ejemplos para su implementación.

Tabla 3. Ilustración de modelos novedosos de prestación de servicios de salud para ampliar el alcance de las intervenciones.

Modelo	Características	Ejemplos y aplicaciones en México	Referencia
Cambio de tareas	Expansión de la fuerza laboral al utilizar personas que administran las intervenciones con diferente o nulo entrenamiento.	Organizaciones sin fines de lucro que capacitan personal no profesional con el objetivo de disminuir la carga de los servicios de salud en zonas rurales.	Ortega <i>et al.</i> , (2021)
Innovaciones disruptivas	Proceso en el cual los servicios o productos que son costosos, complicados y difíciles de ofrecer adquieren formas novedosas para alterar esas características. En el cuidado de la salud, los servicios se llevan a las personas, más que llevar a las personas a los servicios.	Uso de <i>chatbots</i> en redes sociales para identificar la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en estudiantes universitarios.	Espinosa, <i>et al.</i> (2018)
Intervenciones en ambientes escasamente convencionales (del día a día)	Expansión del cuidado de la salud más allá de las clínicas y escenarios tradicionales, a lugares en los que la gente normalmente acude por otras razones. Entornos como escuelas, lugares de trabajo, iglesias, salones de belleza o peluquerías, entre otros.	Aplicación de programas preventivos de salud mental en las escuelas, como es el caso del programa Amistad para Siempre, adaptación en español del programa <i>Friends for Life</i> (Barrett, 2005), enfocado a la prevención e intervención de síntomas internalizantes y de mejoramiento de resiliencia en niños de siete a doce años.	Barret (2005); Gallegos <i>et al.</i> (2013)
Intervenciones Mejor-Compra	Intervenciones seleccionadas en función de su costo, efectividad, asequibilidad y viabilidad del entorno. Se concibe como una herramienta económica para ayudar a los países a seleccionar las opciones disponibles.	El aumento de impuestos como la intervención con mayor costo-efectividad para prevenir y controlar el abuso de alcohol, así como intervenciones breves como alternativas de costo-beneficio en mujeres indígenas con sintomatología depresiva causada por el consumo excesivo de alcohol por un familiar.	Medina-Mora <i>et al.</i> (2010); Natera <i>et al.</i> (2016)
Cambio de estilo de vida	Variedad de conductas individuales que tienen un impacto en la salud física o mental, incluidas dieta, ejercicio, meditación, interacción con la naturaleza y conservación de buenas relaciones sociales.	Implementación de programas y tratamientos para la prevención, detección e intervención en niños con obesidad.	Amaya <i>et al.</i> (2015); Elizondo <i>et al.</i> (2013); Romero <i>et al.</i> (2020); Safdie <i>et al.</i> (2014); Vite <i>et al.</i> (2020); Zacarías <i>et al.</i> (2019)
Uso de redes sociales	Uso de materiales ampliamente disponibles que incluyen las redes sociales (p. ej. Facebook, Twitter, mensajes de texto, YouTube, Skype) que unen a las personas de formas novedosas y que sirven para presentar información, obtener evaluaciones, proveer retroalimentación y efectuar intervenciones.	El uso de Twitter como una forma de evaluar y detectar ansiedad, depresión y riesgo suicida.	Cabrera <i>et al.</i> (2014); Rodríguez <i>et al.</i> (2019)

Continúa...

Entretimiento educativo	Uso de la televisión o la radio para transmitir mensajes acerca del cuidado de la salud, y modelar conductas promotoras de la misma. Series o programas culturalmente sensibles en las cuales diferentes personajes asumen distintos papeles, enfrentan obstáculos relacionados con el enfoque de la intervención y modelan estrategias adaptativas.	El programa de <i>Plaza Sésamo</i> como medio para transmitir a los cuidadores de los niños una guía para contribuir con el conocimiento global de mejores prácticas para la promoción del aprendizaje por medio del juego.	Foulds y Bucuvalas (2019)
Uso de tecnologías	Uso de intervenciones de prestación de servicios remotos basadas en Internet. Varios procedimientos de autoayuda cuentan con tratamientos en línea y aplicaciones móviles.	Intervenciones cognitivo-conductuales basadas en Internet para tratar fobia social, depresión, abuso de sustancias o estrés postraumático en adolescentes y adultos.	Cárdenas <i>et al.</i> (2014, 2016); Flores <i>et al.</i> (2014); Lara <i>et al.</i> (2014); Tiburcio <i>et al.</i> (2018)
Intervenciones en redes sociales	Análisis de las formas en las que los individuos están conectados a grupos más grandes, su grado de separación y características (creencias, trastornos físicos y mentales) que se propagan o se agrupan entre ellos.	El efecto de las redes sociales en el consumo de tabaco entre adolescentes de preparatoria parece tener un efecto positivo gracias a la influencia de los pares como una estrategia eficiente para diseminar mensajes preventivos.	Ramírez <i>et al.</i> (2012)

Fuente: Kazdin, A.E. (2019a). Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(4), 455-472. Doi: 10.1111/jcp.

Ilustración de algunos modelos novedosos implementados en México

A continuación, se ilustran en detalle tres modelos con el propósito de transmitir su novedad y la manera en que los tratamientos pueden llegar a más personas necesitadas que las formas actuales de proporcionarlos.

Cambio de tareas

Es el nombre que se da a un proceso mediante el cual se asignan tareas específicas de prestación de servicios a personas con poco entrenamiento y escasas habilidades, si se las compara con las que poseen los profesionales de la salud (médicos, enfermeras). Al reorganizar la mano de obra de esta forma, el cambio de tareas puede hacer un uso mucho más eficiente de los recursos humanos existentes y aliviar así la carga que implica la prestación de los servicios (World Health Organization [WHO], 2008). El concepto de este modelo en el cuidado de la salud física no es nuevo; durante años, su práctica se ha llevado a cabo en países desarrollados y subdesarrollados. En México, por ejemplo, se le puede identificar en la partería, es decir, los servicios de salud necesarios para prestar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Aunque las parteras no

son consideradas como profesionales de salud, su trabajo es una genuina opción en las clínicas rurales con atención obstétrica (Walker *et al.*, 2013).

En cuanto al cuidado de la salud mental, un ejemplo es el efectuado por los *Compañeros en Salud* (CES), una organización que proporciona acceso a servicios de salud física y mental en las comunidades rurales. En 2014, CES inició un programa de salud mental en respuesta a la elevada carga de los servicios mentales, el cual se basa en el cambio de tareas, cuidados escalonados y modelos de atención colaborativa. Durante la pandemia de COVID-19, esta organización tuvo como propósito disminuir dicha carga en el área rural del estado de Chiapas, para lo cual psicólogos y psiquiatras profesionales entrenaron y asesoraron voluntarios para poner en práctica primeros auxilios psicológicos y técnicas como ejercicios de *mindfulness*, psicoeducación orientada a la toma de decisiones respecto a transferencias y altas hospitalarias, cuidados posteriores al COVID-19 y adherencia al tratamiento (Ortega *et al.*, 2021).

Entretimiento educativo

Este modelo proporciona la intervención por medio de la televisión a través de una serie culturalmente sensible en la que los personajes afrontan desafíos relacionados con el enfoque de la inter-

vención, y utilizan la técnica de modelamiento como el medio para enseñar estrategias de adaptación a los televidentes. Tales series transmiten mensajes acerca del cuidado de la salud, y además pueden modificar las conductas del grupo social al que se dirigen. La elaboración de la serie comienza con el estudio de las personas de una cultura determinada por medio de encuestas y grupos focales, entre otros, y el desarrollo de los personajes de la serie refleja la cultura local y las personas en su día a día. Los personajes juegan diferentes roles y enfrentan obstáculos de la vida diaria en la cultura ya analizada, al tiempo que modelan el cambio social en los temas críticos que se desea modificar. El propósito es que el desarrollo de la serie sea atractivo y que la audiencia se identifique con los personajes de la serie, así como con los eventos dramáticos que promoverán el cambio en la conducta de los televidentes (Kazdin, 2019a, 2019b).

En 1975, este modelo fue aplicado en México mediante una trilogía de telenovelas didácticas tituladas *Ven conmigo*, *Acompáñame* y *Vamos juntos*, impulsadas por el poeta y dramaturgo mexicano Miguel Sabido. *Ven conmigo* abordaba el tema de la alfabetización de adultos. Con ella, el Instituto Nacional para la Educación de Adultos (INEA) logró incrementar las cifras de los adultos inscritos en los programas para aprender a leer y escribir. De hecho, de 99 mil adultos registrados en la escuela, un año después de la emisión de la telenovela la población atendida había aumentado a 900 mil (García-Quasimodo, 2015; Moctezuma, 2017).

En las telenovelas *Acompáñame* y *Vamos juntos* se trató la importancia de los valores en la familia; ambas reflejaban la violencia intrafamiliar, la pobreza y el machismo entre las familias pobres mexicanas, además de mostrar los problemas a los que se enfrenta una madre cuando tiene un gran número de hijos (Pérez y Leal, 2017). Dicha serie de telenovelas se diseñó para mejorar la planificación familiar y reducir con ello las tasas de fertilidad. Un resultado fue que las ventas de anticonceptivos (píldoras y condones) aumentaron 23%, en comparación con el aumento de 7% registrado el año anterior, y hubo además un de-

crecimiento de 34% en las tasas de natalidad a lo largo de un periodo de cinco años (Singhal *et al.*, 2003; Singhal y Rogers, 1999). En 1997, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) patrocinó la última telenovela de Sabido: *Los hijos de nadie*, que trataba la cuestión de los niños en situación de calle, con lo que se favoreció una mayor conciencia sobre este fenómeno en México (Singhal y Obregón, 1999).

Intervenciones Mejor-Compra

Tales intervenciones son accesibles, factibles y adecuadas para instrumentarlas con las propias características del sistema local de atención de salud (WHO, 2011, p. 32). Son intervenciones que la OMS considera eficaces en razón de ser “costo-efectivas o de bajo costo, y pueden implementarse en entornos de escasos recursos”. Estas intervenciones están enfocadas en el control del consumo de tabaco y el abuso del alcohol, principalmente, por medio de impuestos selectivos y prohibiciones para su publicidad. Difieren de las intervenciones psicológicas habituales y no requieren el cumplimiento de protocolos con normas específicas por parte del paciente. Por ejemplo, para el consumo de alcohol las intervenciones de mejor-compra incluyen una mayor fiscalización de las bebidas alcohólicas y prohibiciones más rigurosas para su publicidad. El modelo incluye características como la adecuación al entorno, la capacidad del sistema de salud para ofrecer una determinada intervención a la población objetivo, la complejidad técnica de la intervención y la aceptabilidad de la misma basada en la cultura, la religión y las normas sociales (Kazdin, 2018). La forma de decidir cuáles intervenciones son probablemente las mejores opciones es sistemática y se fundamenta en estimaciones referentes a la utilización y efecto de una determinada intervención utilizando modelos matemáticos.

Un ejemplo que evaluó el costo del tratamiento en México fue un análisis de costo-efectividad como herramienta para instaurar políticas públicas de salud para el control del abuso de alcohol.

El aumento de impuestos es en este país una de las intervenciones más costo-efectivas para re-

ducir el consumo de alcohol y la carga que ocasiona. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el gasto del alcohol es mayor entre la población con menos recursos, por lo que un aumento de los precios tiene un impacto mayor en esta población. En este análisis se encontró que el mejor método para reducir la discapacidad asociada con el abuso del alcohol es la combinación de tales intervenciones: el incremento de impuestos, la instrumentación de intervenciones breves para una mayor proporción de personas, el control de la publicidad y la reducción de la disponibilidad de alcohol (Medina-Mora *et al.*, 2010).

Comentarios generales

Los modelos aquí planteados son una buena opción para proporcionar los servicios de salud mental a la mayoría de las personas que los necesitan. Sin embargo, es importante señalar que cada uno tiene sus propios obstáculos, los que deben tenerse en cuenta y administrarse según el contexto y la población específica. Por ejemplo, en el cambio de tareas el uso de consejeros puede estar restringido por leyes y códigos profesionales que solo permitan a los profesionales de salud mental –como grupo exclusivo de proveedores de tratamiento– ponerlo en práctica, a pesar de que se ha demostrado que los consejeros asesorados pueden ser igual de eficaces en la prestación de los servicios. Asimismo, el empleo de las intervenciones que pueden implicar un cambio de leyes y políticas –como es el caso del modelo de mejor-compra (por ejemplo, utilizar los impuestos para el control del uso de sustancias)– puede plantear objeciones tales como que violan la libertad individual.

Hay dos puntos importantes que deben considerarse. Para empezar, los nuevos modelos que aquí se detallan tendrán sus propios obstáculos. En consecuencia, no se sugiere que sustituyan a las formas actuales de administrar el tratamiento. Es necesario contar con una gama más amplia de formas de administrar el tratamiento porque todas encaran diferentes inconvenientes. Algunas formas de administrar el tratamiento pueden ser más eficaces que otras al momento de acceder a un grupo concreto que necesita los servicios. La necesidad de los modelos novedosos se deriva del

segundo punto clave ya mencionado. En segundo lugar, con los tratamientos y métodos de prestación actuales hemos aprendido que la mayoría de las personas que necesitan servicios no reciben ningún tratamiento. Se necesitan nuevos modelos de prestación para ayudar a reducir la prevalencia de los trastornos mentales.

CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo es transmitir a los investigadores y a los proveedores de los servicios de salud mental la importancia de la brecha de tratamiento, que hasta este punto es posible afirmar, sobre la base de evidencias empíricas, que la mayoría de la gente que necesita los servicios no los recibe en absoluto. No cabe duda que la investigación en psicología ha avanzado notablemente en muy distintas áreas. Uno de los principales avances ha sido el desarrollo de los tratamientos basados en evidencia. Hay un flujo constante de excelentes estudios a partir de los cuales se han desarrollado intervenciones que es posible demostrar que mejoran la vida de las personas. Sin embargo, falta atender una prioridad crítica: garantizar que estos tratamientos puedan llegar a la mayoría de las personas que los necesitan. Este artículo se centra en esta brecha, que ha recibido una menor atención en México y en el mundo.

Hay muchas y diferentes razones por las cuales la gente no recibe la atención debido a barreras tales como el costo del tratamiento, la lejanía del servicio, el estigma que significa ir al psicólogo, y muchas más.

Una barrera del mismo tratamiento es el modelo tradicional dominante para proporcionar la atención. Es difícil que el modelo alcance a la mayoría de las personas porque entraña un elevado costo de respuesta, tanto en el aspecto económico, como en el hecho de que es necesario llevar a cabo una serie de pasos para llegar al servicio y mantenerse en el mismo. Pero no solo eso, sino tener la suerte de encontrar a un profesional con las credenciales y la especialidad necesaria que brinde la atención de forma adecuada.

Las personas que buscan ayuda necesitan ser en extremo perseverantes. Aquellas que logran una

ayuda útil han debido recorrer diferentes tipos de servicios (psiquiatra, psicólogo, chaman, sacerdote, etc.). Se ha calculado que podrían ser vistas hasta por diez profesionales para tener 90 por ciento de probabilidades de ser ayudados (Stein *et al.*, 2021). La mayor preocupación de la investigación y la práctica clínica deberá enfocarse en cómo lograr que el servicio sea accesible, rápido y de calidad.

Es necesario que la investigación y la aplicación clínica, pero quizás también las leyes, la política social y las instancias relacionadas con la prestación de servicios de atención de salud, se guíen por tres preguntas:

1. ¿Estamos cerrando la brecha del tratamiento?
2. ¿Estamos llegando a subpoblaciones con menores probabilidades de recibir atención?
3. Cuando las intervenciones se amplían para llegar a más personas y poblaciones especiales, ¿se logra resultados que tengan un efecto positivo en su funcionamiento?

Estas no han sido por lo regular las preguntas habituales que guían la investigación de la intervención psicosocial, pero son preguntas empíricas que deberían estarse haciendo los investigadores. En el trabajo actual sobre las intervenciones en psicología sigue habiendo demasiados ensayos controlados aleatorizados que no se centran en la cuestión del alcance a las personas.

Los modelos novedosos son necesarios para ampliar ese alcance y llegar así a un gran número de personas, en particular a aquellas que reciben

pocos o ningún tipo de servicios, como los niños y adolescentes, que constituyen una población minoritaria que está entre las más desatendidas. En México, el modelo tradicional funciona—según lo ha demostrado la evidencia—, pero solo para unos cuantos. El país puede tener barreras únicas no bien estudiadas, como los diferentes tipos de culturas, el estigma, la centralización de los servicios, las propias necesidades de las familias o la poca o nula adherencia a los tratamientos; sin embargo, los nuevos modelos han sido bien estudiados, y no obstante esas barreras, han funcionado y resultado factibles.

Uno de ellos, ya comentado líneas atrás, es el entretenimiento educativo. Dicho modelo podría llevarse de nuevo a cabo mediante telenovelas, videos, películas, series y programas de radio con contenidos actuales, incluso en las diferentes plataformas virtuales de que ahora se dispone.

El cambio de tareas podría ser otra forma para implementar, por ejemplo, algunas técnicas psicológicas basadas en evidencia, sin requerir necesariamente profesionales altamente calificados para llevar a cabo el aprendizaje de las técnicas.

Se dispone en la actualidad de intervenciones y modelos de prestación basados en evidencia que garantizan, o al menos aumentan, la probabilidad de que la mayoría de quienes necesitan los servicios reciban tratamiento, y que además el mismo esté basado en evidencia. Tal vez se debiera empezar a desarrollar tratamientos teniendo en cuenta la medida en que satisfagan las características mencionadas.

Citación: Suárez, K. y Kazdin, A.E. (2023). Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 5-18. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2768>.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada V., J., Lepine, J.-P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Tachimori, H., Mneimneh, Z.N., Medina-Mora, M.E., Ormel, J., Scott, K.M., Gureje, O., Haro, J.M., Gluzman, S., Lee, S., Vilagut, G. y World Mental Health Consortium. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x.
- Amaya C., C., Shamah L., T., Escalante I., E., Morales R., M.D.C., Jiménez A., A., Salazar C., A., Uribe C., R. y Amaya C., A. (2015). Development of an educational intervention to promote healthy eating and physical activity in Mexican school-age children. *Evaluation and Program Planning*, 52, 159-168. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2015.05.002.

- Andrade L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J.E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V. y Kessler, R.C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. Doi: 10.1017/s0033291713001943.
- Barkham, M. y Lambert, M.J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. En M. Barkham, W. Lutz y L. Castonguay (Eds.): *The Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed.) (pp. 135-189). John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Lutz, W. y Castonguay, L.G. (2021). *The Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed). John Wiley & Sons.
- Barrett, P.M. (2005). *Friends for life!* for youth. Participant workbook and leaders manual. Australian Academic Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. y Aguilar G., S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(4), 386-395. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.
- Berenzon G., S., Lara, M., A., Robles, R. y Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Doi: 10.1590/s0036-36342013000100011.
- Cabrera A., T. C., Frías L., J. A., Hernández F., S., Iniestra A., O. F. y Solís Á., A.M. (2015). Escrutinio de depresión y ansiedad en Twitter a través de un programa de análisis de palabras. *Investigación en Educación Médica*, 4(13), 16-21. Doi: 10.1016/s2007-5057(15)72164-2.
- Caraveo A., J.J., Colmenares B., E. y Martínez V., N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498. Doi: 10.1590/s0036-36342002000600001.
- Caraveo A., J.J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López L., E.K. y Martínez V., A. (1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 37(5), 446-451.
- Cárdenas L., G., Botella A., C., Quero C., S., De la Rosa G., A. y Baños R., R.M. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 45-54. Doi: 10.48102/pi.v22i1.145.
- Cárdenas L., G., De La Rosa, A., Durón, R. y Durán, X. (2016). Virtual reality exposure for trauma and stress-related disorders for city violence crime victims. *International Journal of Child Health and Human Development*, 9(3), 315-322.
- Cipriani, A., Salanti, G., Furukawa, T.A., Egger, M., Leucht, S., Ruhe, H.G. y Geddes, J.R. (2018). Antidepressants might work for people with major depression: where do we go from here? *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 461-463.
- Corrigan, P.W., Druss, B.G. y Perlick, D.A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. Doi: 10.1177/1529100614531398.
- David, D., Lynn, S.J. y Montgomery, G.H. (Eds.). (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. John Wiley & Sons.
- Elizondo M., L., Gutiérrez, N.G., Moreno D., M., Martínez, U., Tamargo, D. y Treviño, M. (2013). School-based individualized lifestyle intervention decreases obesity and the metabolic syndrome in Mexican children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(Suppl. 1), 82-89. Doi: 10.1111/jhn.12070.
- Espinosa R., R., Pérez de Celis, H., C., Lara M., M.C., Somodevilla G., M.J. y Pineda T., I. H. (2018). Chatbots en redes sociales para el apoyo oportuno de estudiantes universitarios con síntomas de trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, 22, e06. Doi: 10.24215/18509959.22.e06.
- Flores P., L.A., Cárdenas L., G., Durán B., X. y De la Rosa G., A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15. Doi: 10.48102/pi.v22i1.139.
- Foulds, K. y Bucuvalas, A. (2019). Playing every day on “Sesame street”: Global learnings from a play-based pilot intervention in India, Mexico, and South Africa. *American Journal of Play*, 12(1), 17-36.
- Gallegos, J., Linan T., S., Stark, K. y Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in Mexico. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44. Doi: 10.5093/ed2013a6.
- García-Quismondo G., J. (2015). The edutainment in soap operas. *Revista Internacional de Humanidades*, 4(1). Doi: 10.37467/gka-revhuman.v4.736.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- Goldstein, B.I., Baune, B.T., Bond, D.J., Chen, P.H., Eyler, L., Fagiolini, A. y McElroy, S.L. (2020). Call to action regarding the vascular-bipolar link: A report from the Vascular Task Force of the International Society for Bipolar Disorders. *Bipolar Disorders*, 22, 440-460. Doi: 10.1111/bdi.12921.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Estadística a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas (9 de agosto): Datos nacionales*. INEGI.
- Kazdin, A.E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery: Leveraging cutting-edge science to improve the world's mental health*. Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2019a). Annual Research Review: Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(4), 455-472. Doi: 10.1111/jcpp.12937.
- Kazdin, A.E. (2019b). Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones. *Acta Psicológica Peruana*, 4(2), 157-204.
- Kohn, R., Ali, A.A., Puac P., V., Figueroa, C., López S., V., Morgan, K., Saldivia, S. y Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165. Doi: 10.26633/RPSP.2018.165.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Lara M., A., Tiburcio, M., Aguilar A., A. y Sánchez S., A. (2014). A four-year experience with a Web-based self-help intervention for depressive symptoms in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(5-6), 399-406.
- Lépine, J.P. y Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(Suppl 1), 3.
- Martínez, W., Galván, J., Saavedra, N. y Berenzon, S. (2017). Barriers to integrating mental health services in community-based primary care settings in Mexico City: A qualitative analysis. *Psychiatric Services*, 68(5), 497-502. Doi: 10.1176/appi.ps.201600141.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara M., C., Benjet, C., Blanco Js, J., Fleiz B, C., Villatoro V, J., Rojas G, E., Zambrano R, J., Casanova R, L. y Aguilar G., S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M.E., García T, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez P, L., Real, T. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*, 33(5), 373-378.
- Moctezuma P., S. (2017). Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de aprendizaje vicario. *LiminaR*, 15(2), 169-178. Doi: 10.2536/liminar.v15i2.538.
- Natera R., G., Medina A., P.S., Callejas P., F., Orford, J., Salinas E., G. y Tiburcio S., M. (2016). Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo, México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2), 69-75.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. OPS.
- Ortega A., C., Valtierra, E., Rodríguez C., F.G., Aranda, Z., Preciado, G. y Mohar, S. (2021). Protecting vulnerable communities and health professionals from COVID-19 associated mental health distress: A comprehensive approach led by a public-civil partnership in rural Chiapas, Mexico. *Global Health Action*, 14(1), 1997410. Doi: 10.1080/16549716.2021.1997410.
- Pérez G., M.E. y Leal L., S.A. (2017). Las telenovelas como generadoras de estereotipos de género: el caso de México. *Anagramas: Rumbos y Sentidos de la Comunicación*, 16(31), 167-185. Doi: 10.22395/angr.v16n31a7.
- Ramírez O., G., Caballero H., R., Ramírez L., G. y Valente T., W. (2012). The effects of social networks on tobacco use among high-school adolescents in Mexico. *Salud Pública de México*, 54(4), 433-441. Doi: 10.1590/s0036-36342012000400014.
- Rodríguez E., L.J., Barraza B., D., Salazar I., J. y Vargas P., R.G. (2019). Index of suicide risk in Mexico using Twitter. *Journal of Social Researches*, 5(15), 1-13. Doi: 10.35429/jsr.2019.15.5.1.13R.
- Romero P., E.M., González B., J.J., Soto C., R., González S., J., Tánori T., J.M., Rodríguez F., P., Jiménez B., M., Márquez, S. y De Paz, J.A. (2020). Influence of a physical exercise program in the anxiety and depression in children with obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 46-55. Doi: 10.3390/ijerph17134655.
- Safdie, M., Cargo, M., Richard, L. y Lévesque, L. (2014). An ecological and theoretical deconstruction of a school-based obesity prevention program in Mexico. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 103. Doi: 10.1186/s12966-014-0103-2.
- Sarikhani, Y., Bastani, P., Rafiee, M., Kavosi, Z. y Ravangard, R. (2021). Key barriers to the provision and utilization of mental health services in low-and middle-income countries: a scope study. *Community Mental Health Journal*, 57(5), 836-852. Doi: 10.1007/s10597-020-00619-2.
- Singhal, A., Cody, M.J., Rogers, E.M. y Sabido, M. (2003). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice*. London: Routledge.
- Singhal, A. y Obregón, R. (1999). Social uses of commercial soap operas: a conversation with Miguel Sabido. *The Journal of Development Communication*, 10(1), 68-77.
- Singhal, A. y Rogers, E.M. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. Lawrence Erlbaum.
- Stein, D.J., Kazdin, A.E., Ruscio, A.M.R., Chiu, W.T., Sampson, N.A., Ziobrowski, H.N. y Kessler, R.C. (2021). Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: A world mental health surveys report. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-14.

- Tiburcio, M., Lara, M.A., Martínez, N., Fernández, M. y Aguilar, A. (2018). Web-based intervention to reduce substance abuse and depression: A three arm randomized trial in Mexico. *Substance Use & Misuse*, 53(13), 2220-2231. Doi: 10.1080/10826084.2018.1467452.
- Vite S., A., Negrete C., A.J. y Cavita C., C.A. (2020). Promoting self-control in overweight and obese children. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2), 251-259. Doi: 10.20960/nh.02658.
- Walker, D., DeMaria, L., González H., D., Padrón S., A., Romero Á., M. y Suárez, L. (2013). Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomized controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*, 29(10), 1199-1205. Doi: 10.1016/j.midw.2013.05.005.
- Wang, Y.H., Li, J.Q., Shi, J.F., Que, J.Y., Liu, J.J., Lappin, J.M. y Qiao, Y.L. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25, 1487-1499. Doi: 10.1038/s41380-019-0595-x.
- Weisz, J.R. y Kazdin, A.E. (Eds.) (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. The Guilford Press.
- World Health Organization (2008). *Task shifting: Global recommendations and guidelines*. WHO.
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). WHO.
- Zacarías, G., Shamah L., T., Elton P., E., Garbus, P. y García O., P. (2019). Development of an intervention program to prevent childhood obesity targeted to Mexican mothers of school-aged children using intervention mapping and social cognitive theory. *Evaluation and Program Planning*, 74, 27-37. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2019.02.008.
- Zilcha-Mano, S. (2019). Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research*, 29(6), 693-708.