

## Development Connections



### *DVCN Critiques*

*Vol. 1, No. 2  
Octubre, 2007*

### **Servicios de salud mental y psiquiatría para niños y adolescentes en México: una revisión crítica**

**Ingrid Vargas-Huicochea<sup>1</sup>, Mariana Espínola-Nadurille<sup>2</sup>, Jesús Ramírez Bermúdez<sup>3</sup>, Francisco De la Peña Olvera<sup>4</sup>**

#### **Resumen**

Hoy en día, a nivel mundial, se ha logrado reconocer que las alteraciones mentales de la infancia y de la juventud pueden favorecer un grado importante de discapacidad en la vida adulta; por ello, y con esfuerzos cada vez más crecientes, se propone la creación y el fortalecimiento de las intervenciones en materia de salud mental y psiquiatría para la población infantil y adolescente. Diferentes estudios epidemiológicos en México estiman que aproximadamente 15% de los niños y adolescentes del país tienen un trastorno psiquiátrico, de los cuales se calcula que alrededor de la mitad requiere de atención especializada e integral. Las propuestas y los servicios existentes en la actualidad llevan una buena intención: servir y atender a la población afectada; pero, si consideramos que los recursos financieros, materiales y humanos son pocos, que están mal distribuidos y, que no se cuenta aún con una política o programa oficial en la materia, el escenario presente es el de un sistema centralizado, descoordinado, insuficiente y poco eficiente que no soluciona las necesidades de un país con continuo crecimiento.

**Palabras clave:** servicios, salud mental, niños, adolescentes

#### **Development Connections (DVCN)**

##### **Conectando recursos para el desarrollo sostenible**

1629 K Street NW Suite 300 Washington D.C. 20006 USA

Tel. (202) 466-0978 Fax: (202) 338-0248

Email: [info@dvcn.org](mailto:info@dvcn.org) Webpage: [www.dvcn.org](http://www.dvcn.org)

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Dirección postal: Plaza de Guardiola No. 13. Colonia Dr. Alfonso Ortiz Tirado. Código Postal: 09020. México, D. F. [invarhu@yahoo.com](mailto:invarhu@yahoo.com)

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

## **Introducción**

El campo de la salud mental de niños y adolescentes recientemente ha ganado interés y respeto, ya que gracias a los datos epidemiológicos, demográficos y económicos, el mundo comienza a percatarse de la necesidad de atención a este subgrupo de la población. Hoy en día se sabe que las alteraciones mentales de la infancia o la juventud pueden favorecer un grado importante de discapacidad en la vida adulta (1). A nivel mundial la cifra de niños y adolescentes con enfermedades mentales incapacitantes alcanza hasta 20% (2), información que coincide con lo reportado para la prevalencia de trastornos mentales en diferentes contextos culturales (3).

### **1. Panorama epidemiológico en México**

Diferentes estudios epidemiológicos en México estiman que aproximadamente 15% de la población infantil y adolescente tiene un trastorno psiquiátrico, lo que se traduciría en alrededor de cinco millones de niños y niñas con algún problema de salud mental. De estas cifras, se calcula que alrededor de la mitad requiere de atención especializada e integral (4). El grupo de edad entre 15 y 24 años, considerado de alto riesgo por la elevada incidencia anual de accidentes y acciones violentas mayormente relacionadas con problemas de salud mental, alcanzó en 1990 una prevalencia de 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina (5).

Se cuenta con datos provenientes de diversas fuentes dentro del país que nos permiten tener un panorama general de la situación de los trastornos mentales en la población en cuestión: de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental los problemas psiquiátricos mas frecuentemente reportados en la población pediátrica mexicana son los trastornos de ansiedad, los trastornos externalizados (de entre ellos el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TDAH, es el mas frecuente con una prevalencia de 4%), los trastornos depresivos, así como los intentos suicidas y suicidios consumados (6). Por su parte, la Coordinación de Salud Mental (COORSAME) ha hecho una descripción de la prevalencia para diferentes trastornos mentales (reportados de acuerdo a la nomenclatura de la CIE-10) en México, en función de las causas de atención en los servicios de consulta externa para menores de 15 años en el Distrito Federal (tabla 1) (7).

**Tabla 1.** Prevalencia para diferentes trastornos mentales de acuerdo a la nomenclatura de CIE-10 en México para 1998 según las causas de atención en los servicios de consulta externa para menores de 15 años. (COORSAME, SSA, 1998)

Diagnóstico	Porcentaje (%)
Trastornos hipercinéticos	25.54
Trastorno mental no especificado	11.95
Trastornos disociales	7.29
Trastornos específicos del aprendizaje escolar	4.90
Trastorno del comportamiento social	4.38
Trastornos afectivos	3.73
Trastornos generalizados del desarrollo	3.38
Trastornos mentales debidos a lesión cerebral	3.19
Retraso mental	2.98
Otros	25.14

Finalmente, para las autoridades del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (HPIJNN) en la Ciudad de México, la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década: la dependencia a sustancias se ubicó como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes, el trastorno depresivo mayor se tendió a incrementarse y el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó; mientras que el retraso mental y la epilepsia se mantuvieron con la misma frecuencia (8).

El fenómeno de la comorbilidad o de la coexistencia de varios padecimientos es un foco de atención y de estudio en las poblaciones pediátricas; en muestras clínicas, la comorbilidad puede alcanzar hasta 80% entre los adolescentes deprimidos (9) y, en muestras epidemiológicas, es hasta de 30% (10).

## 2. Sistema de salud en México

Podríamos decir a grandes rasgos, que el sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada (alrededor del 40% de la población), en su mayoría población de bajos recursos socioeconómicos del campo y la ciudad. El prestador de servicio más importante de este componente es la Secretaría de Salud (SSA), agencia principalmente financiada con recursos del presupuesto federal y en menor medida por el financiamiento directo que realizan los usuarios a través de las cuotas de recuperación. Junto a la SSA tenemos otras instancias que prestan servicios a la población sin seguridad social como son: el Departamento del Distrito Federal (que como su nombre lo indica aplica sólo para la población capitalina) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con algunos servicios de atención a la salud (unos de ellos muy específicos como son los sistemas de apoyo en las escuelas primarias para niños con necesidades especiales de los que hablaremos más adelante).

El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más del 50% de la población: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene a su cargo a los trabajadores asegurados del sector privado, es decir, al sector formal de la economía; el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los trabajadores públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores de petróleos mexicanos (PEMEX). Estas tres últimas instancias se financian con contribuciones de los propios afiliados y del gobierno federal, aunque cabe aclarar que el IMSS obtiene sus recursos de contribuciones de empleados, empleadores y el gobierno federal. Existen algunas otras variantes como los servicios de salud que se tienen destinados para los trabajadores de algunos estados en específico, pero que dada su selectividad, son servicios que se circunscriben a territorios y poblaciones muy puntuales.

El tercer componente de esta lista es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago. La mayor parte del gasto privado en salud es por medio de “gasto directo del bolsillo”, sólo un porcentaje muy pequeño del gasto total (2%) se dedica a seguros médicos privados. En teoría este sector debería atender al 10% de la población, sin embargo de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2001, veintiún por ciento de los derechohabientes y alrededor de 28% de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.

El porcentaje del gasto presupuestal nacional de las entidades federativas destinado al sector salud es, además de reducido, muy heterogéneo e inequitativo. Muchos estados pobres no llegan al cinco por ciento de gasto, y otros aportan más de del 20%. La distribución desigual del gasto público también se puede observar a nivel institucional y de grupos de ingreso: el gasto por persona en servicios médicos de PEMEX, por ejemplo, es dos a seis veces mayor que el gasto de otras instituciones. Otra característica del gasto público es su concentración en la atención curativa, sobre todo en la de especialidad, en lugar de destinar proporcionalmente dicho presupuesto y cubrir también la prevención y difusión de la salud. En el IMSS los hospitales de segundo y tercer nivel absorben cerca del 75% del presupuesto de la institución, en el ISSSTE esta cifra es del 69%.

En términos generales, en el sistema de salud mexicano existe una persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública por falta de un organismo de coordinación de servicios de salud, manifestándose en una fragmentación del sistema, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad. La organización financiera del sistema obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud, por medio de impuestos que se utilizan en servicios públicos, contribuyendo al seguro social y frecuentemente utilizando los servicios privados.

### **3. Organización de servicios e intervenciones**

La psiquiatría infantil en México, surgió progresivamente de la psiquiatría general a principios del siglo pasado, con la construcción del pabellón de niños en el Manicomio General.

En 1947, el Hospital Infantil de México se destacó por su trabajo realizado en el campo de la paidopsiquiatría, y poco a poco aparecieron servicios especializados en las distintas instituciones oficiales (11). Hace 40 años, se fundó en el Distrito Federal el único hospital en México y Latinoamérica con un modelo multidisciplinario de atención para los niños y adolescentes con padecimientos psiquiátricos: el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (HPIJNN).

#### **3.1. Acciones de tipo preventivo y rehabilitación**

La Secretaría de Salud ofrece algunos servicios preventivos en sus centros de salud y unidades hospitalarias en el país. Localizados en la ciudad de México, la Secretaría de Salud cuenta con tres Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) y un Centro de Salud Integral de Salud Mental (CESARME); así también, cuenta con algunos módulos de salud mental localizados en diversos puntos del país que dan servicio a la población psiquiátrica infantil de forma ambulatoria. En cuanto a la prevención secundaria y terciaria para la población adolescente con problemas por consumo de alcohol y drogas, existen Centros de Integración Juvenil distribuidos en diferentes puntos del país. El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz” (INPRFM) ha implementado un programa de identificación temprana de problemas de salud mental en las escuelas secundarias públicas y privadas del sur del Distrito Federal: “Proyecto Escuelas”, el cual es un plan de psicoeducación dirigido a profesores, padres de familia y estudiantes. Dicha iniciativa generó un manual psicoeducativo en cinco volúmenes, uno de los cuales puede accederse vía internet ([www.tdah.org.mx](http://www.tdah.org.mx)) (12)

Otro sector involucrado en servicios de atención a este nivel es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que establece el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al infante un desarrollo integral, así como la protección física, mental y social, de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental (entre ellos, niños y adolescentes), hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (13)

En cuanto a rehabilitación la Secretaría de Educación Pública (SEP) ha tratado de implementar innovaciones de tratamiento y rehabilitación de niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, por conducto de la Dirección de Educación Especial los cuales son:

-Servicios de apoyo: que sustentan el proceso de integración educativa en las escuelas a diferentes niveles y modalidades que integran alumnos con necesidades educativas especiales (dificultades en el aprendizaje, en el lenguaje o en el desarrollo psicomotriz) con y sin discapacidad. Asesoran a los docentes, orientan a la familia y atienden directamente a dichos alumnos en caso necesario. En este grupo encontramos a la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y al Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP).

-Servicio Escolarizado: su labor es dar atención educativa a alumnos y alumnas de 45 días de nacidos a 20 años de edad que presenten necesidades educativas especiales y requieran de apoyos altamente significativos. Este tipo de intervención se brinda en instancias como: los Centros de Atención Múltiple (CAM), que cuentan con especialistas en audición y lenguaje, deficiencia mental, trastornos neuromotores, ciegos y débiles visuales, problemas de aprendizaje y menores infractores.

-Servicios de Orientación: ofrecen información, asesoría y capacitación a los profesionistas del Sistema Educativo Nacional, a las familias y a la comunidad en general sobre las opciones educativas y recursos materiales específicos adecuados para las personas con necesidades especiales. La Unidad de Orientación al Público (UOP) y el Centro de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIIE) están en esta categoría.

Aunque bien intencionados, hasta el momento los servicios implementados por la Secretaría de Salud, resultan insuficientes y no alcanzan a la mayoría de la población que los requiere.

No obstante los intentos de implementar innovaciones de tipo preventivo, por parte de los prestadores de salud (asistencia pública y seguridad social), así como por parte de otros sectores al cuidado de la población infantil (SEP, DIF) estos han resultado escasos e ineficientes y, como se mencionó con anterioridad, más del 75% de gasto público se emplea en acciones de tratamiento especializados relegándose las acciones de tipo preventivo.

### **3.2. Acciones para el tratamiento de enfermedades mentales**

Por mucho tiempo, la atención en cuanto a tratamiento del paciente psiquiátrico se llevó a cabo dentro de las instituciones, con hospitalizaciones de duración variable. Aunque se han hecho algunos esfuerzos para una mejor distribución de la atención en materia de salud mental, la atención institucional (tanto para manejo agudo como crónico) continúa siendo la más importante en el país.

Al interior del Sistema Nacional de Salud, el IMSS cuenta con algunos servicios de psiquiatría y salud mental para niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar. Por su parte, el ISSSTE tiene servicios de salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas. Para la atención de adolescentes el INPRFM tiene un servicio de consulta externa, sin embargo, el servicio de hospitalización solo se ofrece a mayores de 15 años. Actualmente, la Clínica de Adolescentes de esta institución, junto con el HPIJNN, promueve estrategias de atención a través de la generación de algoritmos de tratamiento (14). En el Distrito Federal se localiza el único hospital psiquiátrico para niños y adolescentes en el país: el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Este hospital depende de la Secretaría de Salud y es considerado el único hospital en México y América Latina con un abordaje multidisciplinario de atención para niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos. Esta institución cuenta con 45 paidopsiquiatras y 62 psicólogos, además de terapeutas físicos y de rehabilitación, especialistas en terapia ocupacional y del lenguaje, y neuropediatras. El promedio de estancia hospitalaria es entre quince días y tres semanas. Proporciona de forma anual, en promedio, 4 mil consultas de primera vez, 41 mil consultas subsecuentes y 130 mil intervenciones terapéuticas (en su mayoría a pacientes del Distrito Federal y área conurbada).

El hospital cuenta con un área de hospitalización y un área de consulta externa; en esta última, se ofrecen servicios de pedagogía, terapia individual, de grupo y familiar, terapia conductual y del lenguaje, rehabilitación física, así como servicios de hospital parcial o de día. Cuenta también con una unidad de hospitalización para pacientes pediátricos con problemas de abuso de sustancias en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

A últimas fechas se sostiene el debate acerca de la reubicación del HPIJNN, ubicado en la zona de hospitales del sur de la Ciudad de México (15,16). Este hospital es una institución de concentración y referencia de todos los estados del país, atendiendo a un promedio de 45 mil

niños al año. No obstante que esta unidad representa el único establecimiento de alta especialización en materia de salud mental infantil en el país, también refleja la centralización y mala distribución de servicios; sin embargo, sirve en su propósito de brindar atención única a un número importante de usuarios que se vería disminuido con su relocalización. Probablemente esta situación no representaría un riesgo para esta población si se establecieran centros de atención a nivel comunitario que fueran cercanos, accesibles y eficientes, además de que simultáneamente se desarrollaran servicios de hospitalización en hospitales generales y pediátricos.

La paidopsiquiatría en México enfrenta una importante barrera: la carencia de información<sup>5</sup>. La falta de información es el reflejo de la fragmentación en los sistemas de servicios, fallas en las estrategias sistémicas de recolección de datos y poca priorización a nivel nacional sobre los sistemas de salud mental de niños y adolescentes. La existencia de información (necesidades de la población y servicios existentes) representa el primer paso en la estructuración de una política de salud mental (1, 17), necesaria para mejorar la calidad y accesibilidad a los servicios y para promover la salud mental de todos los niños y adolescentes en la región o país.

Actualmente la orientación en la atención de las enfermedades mentales intenta ser similar al utilizado para cualquier enfermedad médica crónica, en donde se pretende capacitar a los médicos generales del primer nivel de atención para que pueda llevar a cabo un diagnóstico temprano de la enfermedad mental, además de tratarla o referirla a un segundo o tercer nivel de atención, en el contexto de un sistema de referencia y contrarreferencia, con la finalidad de que el paciente siga siendo tratado por el médico general o el pediatra. Desgraciadamente, la implementación de la formación en materia de salud mental a médicos generales no ha tenido éxito, siendo una de las principales barreras el estigma y la discriminación que existe hacia la enfermedad mental. Si consideramos que los recursos financieros, materiales y humanos (sólo se cuenta con 200 paidopsiquiatras registrados en todo el país, dando una cobertura en números absolutos de 1 paidopsiquiatra/200 mil niños) son pocos, que están mal distribuidos (localizados en las grandes urbes e inaccesibles a la mayoría de la población) y, agregamos el que no se cuenta con una política o programa oficial en la materia, el resultado es un sistema centralizado, descoordinado, insuficiente y poco eficiente.

Ante el escenario descrito, el sistema resulta inaccesible para la mayoría de la población que requiere los servicios y es común que las intervenciones disponibles solo se otorguen a niños y adolescentes con problemas de salud mental graves o que han evolucionado a estadios más complicados debido a que no se identificaron tempranamente. En el momento actual, la orientación en la atención de las enfermedades mentales intenta ser similar al utilizado para cualquier enfermedad médica crónica, en donde se pretende capacitar a los médicos generales del primer nivel de atención para que pueda llevar a cabo un diagnóstico temprano de la enfermedad mental, además de tratarla o referirla a un segundo o tercer nivel de atención, todo en el contexto de un sistema de referencia y contrarreferencia, con la finalidad de que el paciente siga siendo tratado por el médico general o el pediatra. Desgraciadamente, la implementación de la formación en materia de salud mental a médicos generales no ha tenido éxito, siendo una de las principales barreras el estigma y la discriminación que existe hacia la enfermedad mental.

---

<sup>5</sup> Información escrita que exponga las necesidades de la población infantil con problemas de salud mental y los servicios existentes para su atención, y que coordine o norme dichos servicios en el país.

Aún sigue predominando un sistema de salud mental vertical, segmentado y aislado del resto de la salud, y no se ha logrado llegar a un sistema horizontal, universal participativo y plural que se acerque a las necesidades de un país en continuo crecimiento.

## Referencias

1. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Health Policies and Plans. Geneve, 2005; p. 7.
2. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders. Geneva, 2003; pp. 9-11.
3. Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Chile Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1996; 37:35-49, 1996.
4. Caraveo AJ, *et-al*. Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México*. 1990.
5. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Encuesta Nacional de Salud Mental. 1990.
6. Medina-Mora ME, *et al*. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.
7. Coordinación de Salud Mental. Boletín de información estadística de la COORSAME, Anuario estadístico. México: SSA, 1998.
8. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". Estadísticas del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. México: SSA, 1991-2000.
9. De la Peña F, Ulloa RE y Paez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental* 1999; 22: 88-92.
10. Ulloa RE, Apiquián R y De la Peña F. Comorbilidad en psiquiatría infantil. En: Gutiérrez JR y Rey F, ed. *Planificación Terapéutica de los Trastornos Psiquiátricos del Niño y del Adolescente*. Madrid, España: Smith Kline Beecham & ENE Publicidad S.A., 2000; Deposito legal: 43729.
11. Lopez MI. Historia de la enseñanza de la psiquiatría infantil en Mexico. *Salud Mental* 1985; 8 :17-9.
12. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De la Fuente Muñiz". Manual psicoeducativo. Volumen de trastornos externalizados disponible en internet: [www.tdah.org.mx](http://www.tdah.org.mx)
13. DIF Banamex-ACCIVAL, UNICEF. Infancia, Mujeres y Familia en México. Estadísticas Seleccionadas. México: Artes Gráficas Panorama, 1999.
14. Ulloa RE, De la Peña F., *et-al*. Algoritmo del Tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud Mental* 2005; 28:1-10.
15. Cruz Martínez Angeles. Trabajadores del Juan N. Navarro rechazan tajantemente reubicación. *La Jornada*. Miércoles 25 de enero del 2006.
16. Vergara Rosalía. Se oponen especialistas a la reubicación del hospital psiquiátrico infantil. *Proceso*. México, 30 de enero del 2006.
17. World Health Organization. World Psychiatric Association. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession. Atlas, Child and Adolescent Mental Health Resources. Geneve, 2005.
18. Berman S. Mandated child health insurance: an approach whose time has come? *Pediatrics* 2003; 111: 893-895.
19. Cohen R., Harris R. Gottlieb S. Best A.M. States' use of transfer of custody as a

- requirement for providing services to emotionally disturbed children. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42: 526-530.
20. Hoagwood K., Edwin H.D. Effectiveness of school-based mental health services for children: A 10-year research review. *Journal of Child and Family Studies* 1997; 6: 435-454.
  21. Kazdin A.E., Holland L., Crowley M. Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 453-463.
  22. Kiser L.J. Pruitt D.B., McColgan E.B., Ackerman B. J. A survey of child and adolescent day-treatment programs: Establishing definitions and standards. *International Journal of Partial Hospitalization* 1986; 3: 247-59.
  23. Leaf P.J., Alegria M., Cohen P., Goodman S.H., Horowitz S.M. Hoven C.W, Narrow W.E., Vaden-Kiernan M., REiger D.A. Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 889-897.
  24. McLellan J, MacMillan H, Jamiesen E. Canada's programs to prevent mental health problems in children: the research–practice gap. *Canadian Medical Association Journal.* 2004; 171 (9).
  25. Mishara, B. “Listening for Directions on Injury: Background Paper on Suicide for Integration in the Intentional Injury.” 2004. Available on web: [http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/lfdl\\_suicide.pdf](http://www.injurypreventionstrategy.ca/downloads/lfdl_suicide.pdf)
  26. Nova Scotia Department of Health website: [http://www.gov.ns.ca/health/mhs/depression\\_strategy.htm](http://www.gov.ns.ca/health/mhs/depression_strategy.htm)
  27. Programa IMPACTO de formación de líderes en Salud Mental Pública en Norteamérica. Disponible en internet: [www.impact.medicine.dal.ca/index.htm](http://www.impact.medicine.dal.ca/index.htm)
  28. Singh N.N., Landrum, T.J., Donatelli L.S., Hampton, C, Ellis C.R. Characteristics of children and adolescents with serious emotional disturbance in systems of care. Part I: Partial hospitalization and inpatient psychiatric services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1994; 2: 13-20.
  29. Stroul B.A., Friedman R.M. Caring for severely emotionally disturbed children and youth. Principles of a system of care. *Child Today* 1988; 17: 11-15.
  30. Zachik AA, Heffron WM, Junek RW, Pumariega A, Russell T. Relationship Between Systems of Care and Federal, State and Local Governments. *The Handbook of Child and Adolescent Systems of Care.* San Francisco, CA: John Wiley and Sons Inc, 2003.