

PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD MENTAL

Juvenal Aguilar

Resumen

El artículo parte del concepto de que es Salud Mental y los riesgos a los que está sometido el sujeto durante las distintas etapas de la vida que pueden dañar la misma. Los datos obtenidos son base para el análisis de la situación de la Salud Mental en Bolivia, y de las políticas actuales que se desarrollan en el país en la temática.

Palabras clave

Salud Mental- Políticas de salud familiar- Promoción de Salud Mental.

Abstract

The article is the concept that is Mental Health and the risks to which it is submitted subject during the different stages of life that can damage it. The data are the basis for the analysis of the situation of Mental Health in Bolivia, and current policies being developed in the country on the subject.

Keywords

Mental Health // Family Health // Policy // Promotion of Mental Health.

Sobre el concepto de salud mental

La salud mental o el bienestar psicológico constituyen una parte esencial de la capacidad de las personas de llevar una vida plenamente satisfactoria, incluida la capacidad de entablar relaciones, estudiar, trabajar o realizar actividades recreativas, así como de tomar decisiones y hacer elecciones cotidianamente. Toda alteración del bienestar mental de un individuo puede afectar negativamente esas capacidades y elecciones y llevar no solo a una disminución del funcionamiento a nivel individual sino también a pérdidas mayores de bienestar, tanto a nivel social como familiar.

En el contexto de los esfuerzos nacionales para formular y aplicar políticas de salud mental, es de vital importancia abordar no solo las necesidades de las personas con trastornos mentales definidos, sino también proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos en general. El valor intrínseco de la salud mental positiva ha sido consagrado en la definición de la OMS de salud como "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".⁽¹⁾

La definición generalmente usada de salud mental establece que es "... un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad".⁽²⁾ Esta definición deja bien en claro que en el bienestar mental o psicológico influyen no solo las características o atributos individuales sino también las circunstancias socioeconómicas en las que se encuentran las personas mismas y el entorno más amplio en el cual viven. Desde esta perspectiva se identifican tres categorías que se constituyen en las principales determinantes de la salud mental:

1. **Atributos y comportamientos individuales:** Se relacionan con la habilidad innata o adquirida de una persona para gobernar sus pensamientos (capacidad intelectual) y sentimientos y desenvolverse en la vida cotidiana ("inteligencia emocional"), así como la capacidad de afrontar el mundo social que la rodea, participando en actividades sociales, asumiendo responsabilidades o respetando los criterios de otros ("inteligencia social").
2. **Circunstancias sociales y económicas:** Se refiere a la capacidad de las personas de desarrollarse y prosperar está profundamente influida por su entorno social inmediato –incluida su oportunidad de relacionarse positivamente con miembros de sus familias, amigos o colegas y de mantenerse a sí mismas y a sus familias– y también por las circunstancias socioeconómicas en las que se encuentran.
3. **Factores ambientales:** El entorno sociocultural y geopolítico más amplio en el cual viven las personas también puede afectar al estado de salud mental de un individuo, su familia o comunidad, incluyendo los niveles de acceso a productos y servicios básicos (agua, servicios esenciales de salud, estado de derecho), la exposición a creencias culturales, actitudes o prácticas predominantes, así como las políticas sociales y económicas elaboradas a nivel nacional; por ejemplo, se

espera que la crisis financiera mundial actual tenga importantes consecuencias para la salud mental, tal como un aumento de las tasas de suicidios y del consumo nocivo de alcohol.⁽³⁾ La discriminación, la desigualdad y los conflictos sociales o de género son ejemplos de determinantes estructurales adversos del bienestar mental.

Es importante destacar que los distintos determinantes interactúan entre sí de manera dinámica y pueden trabajar en favor o en contra del estado de salud mental de una persona en particular. Por ejemplo, el grado de autoestima de una persona podría mejorar o disminuir según el apoyo social que reciba o la seguridad económica a nivel familiar, que a su vez podrían ser afectados por el grado de estabilidad política, justicia social o crecimiento económico en un país.

Riesgos para la salud mental

Los riesgos para la salud mental interactúan de manera aun más crítica según la edad y el transcurso del tiempo. Los riesgos para la salud mental se manifiestan en todas las etapas de la vida. Se aplica aquí un enfoque de ciclo de vida en su totalidad porque indica cómo las exposiciones a riesgos en las etapas formativas de la vida pueden afectar al bienestar mental muchos años o aun décadas después.⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾ Se podrían adoptar otros enfoques o perspectivas (como usar como unidad primaria de interés el género, la posición socioeconómica o los ingresos, en lugar del grupo de edad). Es también cierto que no todos los riesgos se refieren a un grupo de edad particular; por ejemplo, el sexo, el grupo étnico y el lugar de residencia son independientes de la edad.

Las principales etapas consideradas en el ámbito de la salud mental son:

1. **Período previo a la concepción y prenatal:** La salud mental de una persona puede verse afectada por acontecimientos o circunstancias que ocurren antes de su nacimiento o, incluso, antes de su concepción. Los embarazos no deseados o que se producen durante la adolescencia, por ejemplo, pueden generar probabilidades de conductas peligrosas para la salud en el embarazo o problemas de salud mental en la niñez.⁽⁶⁾ Asimismo, una mala adaptación al embarazo puede ser considerada un riesgo potencial para el estado de salud mental y física del niño.⁽⁶⁾ Ya ha quedado bien establecido que la desnutrición, el bajo peso al nacer y ciertas carencias de micronutrientes (como la carencia de yodo) aumentan considerablemente el riesgo para el desarrollo del cerebro, como lo hacen las conductas peligrosas para

la salud durante el embarazo, especialmente el consumo de tabaco, alcohol y drogas.⁽²⁻⁷⁻⁸⁾

2. **Lactancia y primera infancia:** Hay un cúmulo de sólidas pruebas científicas que muestran la importancia del vínculo de los recién nacidos con sus madres u otra persona a cargo de su cuidado para el futuro desarrollo social y emocional.⁽⁹⁻¹⁰⁾ La separación del cuidador primario —debido, por ejemplo, a la ausencia o el rechazo materno— conduce a la ansiedad, el estrés y la inseguridad. Asimismo, la depresión posnatal en las madres que acaban de dar a luz puede contribuir a que el vínculo con el niño y su desarrollo estén por debajo de lo óptimo. Los padres que tienen dificultades para establecer ese vínculo tienen limitadas aptitudes o presentan actitudes negativas que exponen a sus hijos a un mayor riesgo de sufrir estrés y problemas conductuales. Otros riesgos importantes para el desarrollo físico y cognoscitivo durante el primer año de vida y la primera infancia incluyen el maltrato y el descuido (por parte de los padres y otros cuidadores), la desnutrición y las enfermedades infecciosas o parasitarias.⁽⁹⁻¹⁰⁾
3. **Niñez:** Los años de la niñez son vitales para el desarrollo de las habilidades para la vida. Las experiencias negativas dentro del hogar o en la escuela —por ejemplo, debido a conflictos familiares o al acoso en el patio escolar— tienen un efecto perjudicial sobre el desarrollo de estas aptitudes cognoscitivas y emocionales fundamentales.⁽⁶⁻⁹⁾ Una crianza que brinde apoyo, una vida hogareña segura y un ambiente de aprendizaje positivo en las escuelas son factores protectores clave para establecer y proteger el bienestar o capital mental en esta etapa de la vida. Los riesgos para la salud mental incluyen la violencia o los conflictos familiares, los acontecimientos negativos en la vida y un escaso sentimiento de conexión con las escuelas u otros entornos de aprendizaje. Los niños cuyo padre o madre tiene una enfermedad o trastorno mental debido al consumo de sustancias están expuestos a un alto riesgo de experimentar la discordia familiar y sufrir problemas psiquiátricos.⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁾
4. **Adolescencia:** La adolescencia también constituye una etapa formativa fundamental en la vida ya que representa la transición de la niñez a la edad adulta. La adolescencia es también el período donde son mayores las probabilidades de que se presente o se manifieste un trastorno mental. Las experiencias adversas, las condiciones o los entornos que afectan el bienestar mental de los niños más pequeños se aplican por igual a los adolescentes. Además, hay algunos otros

riesgos importantes de particular pertinencia en esta etapa de la vida.⁽⁵⁻¹⁴⁾ El consumo de tabaco, alcohol y drogas es uno de esos riesgos, cuya aparición ocurre normalmente durante la adolescencia. Los adolescentes expuestos a conflictos familiares o que presentaron problemas conductuales en la niñez tienen mayores probabilidades de caer en el uso de sustancias psicoactivas.⁽⁵⁾

5. **Edad adulta:** Las personas que tienen tras ellas un período de seguridad y apoyo en la adolescencia y la niñez y que pueden ejercer el control emocional y poseen aptitudes sociales, están mejor dotadas para afrontar el conjunto de opciones y retos que inevitablemente se presentan en la edad adulta. Uno de las opciones más fundamentales que deben hacer —y un determinante clave del bienestar de una persona— se relaciona con el “equilibrio entre la vida personal y el trabajo”, en términos económicos, la asignación de tiempo a la producción (pagada o no) y al consumo (incluido el tiempo libre con la familia y amigos). El estrés y la ansiedad son un resultado frecuente para las personas que pasan demasiado tiempo trabajando, cuidando a otros o actuando en un entorno de trabajo difícil o inseguro, como también para los que son capaces y están dispuestos a trabajar pero que no pueden hacerlo debido a circunstancias socioeconómicas adversas.⁽¹¹⁾ El desempleo, en particular, es un importante factor de riesgo de sufrir mala salud mental (mientras que volver a trabajar o conseguir un trabajo es un reconocido factor protector). Una fuente vital de bienestar fuera del lugar de trabajo, es la participación en la vida y las actividades de la comunidad local en la que habitan los individuos y sus familias. Una dimensión aun más trascendental del bienestar individual es la propia salud. La mala salud o la discapacidad constituyen, por consiguiente, otro factor importante de riesgo para el bienestar psicológico en general y la depresión en particular.⁽⁸⁾
6. **Edad avanzada:** La edad avanzada es el factor por sí solo más importante que permite predecir la disminución de la capacidad cognoscitiva y la demencia. Los adultos mayores están también particularmente en riesgo de sufrir aislamiento social, ya que abandonan el mercado de trabajo (lo que puede privarlos de ingresos constantes) y se vuelven más susceptibles a padecer enfermedades crónicas (que pueden privarlos de su movilidad, su independencia y sus aptitudes cognoscitivas). También pueden generarse sentimientos de aislamiento debido a la pérdida de sus compañeros o amigos a causa de una enfermedad o porque sus familiares no les prestan

atención y cuidados. Los ancianos son también vulnerables al descuido o el abuso físicos de sus cuidadores, ya sean profesionales o no profesionales, y esto tiene obvias implicaciones negativas para su estado de bienestar. El aislamiento social y familiar –y también el sentimiento de pérdida– son factores predictivos trascendentales de la depresión en la edad avanzada. Como la enfermedad física crónica es también un factor de riesgo de depresión, la mayor prevalencia de trastornos físicos en este grupo de edad contribuye aun más a las tasas elevadas de depresión.

7. **Otros riesgos (que afectan a cualquier grupo de edad):** Además de los riesgos que normalmente se presentan o se manifiestan en diferentes momentos del ciclo de la vida, hay otras amenazas potenciales para la salud mental que pueden repercutir en las personas en *cualquier* edad o etapa de sus vidas, conforme al contexto sociocultural y geopolítico más amplio en el que nacen o donde viven. Las personas expuestas a la violencia, los conflictos armados y los desastres naturales representan un grupo aun más vulnerable, con un riesgo considerablemente elevado de padecer problemas psicológicos y morbilidad, como les sucede a quienes son desplazados por la fuerza por acontecimientos de ese tipo (casi la mitad de esas personas son niños y adolescentes).⁽¹⁷⁾

La pobreza y las condiciones asociadas del desempleo, el bajo nivel educativo, las privaciones y la carencia de hogar son todos sólidos marcadores de las enfermedades mentales. Estas condiciones adversas prevalecen en las poblaciones de muchos países tanto ricos como pobres. Se considera que las enfermedades mentales y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: no solo es más alto el riesgo de enfermedades mentales en las personas que viven en la pobreza, sino también son mayores las probabilidades de que quienes padecen enfermedades mentales caigan o permanezcan en la pobreza.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ En consecuencia, tanto los pobres como las personas con trastornos mentales constituyen grupos vulnerables a los que se debe dirigir la protección o la asistencia económica y social requerida.⁽¹⁹⁻²⁰⁾ Junto con el suicidio, las enfermedades crónicas generan una tasa de mortalidad prematura mucho más alta que la de la población general; aun en el contexto relativamente próspero de los países nórdicos, esta brecha en la mortalidad es de 20 años para los hombres y 15 años para las mujeres.⁽²¹⁾

Panorama de la salud mental en Bolivia

La información estadística en materia de Salud Mental es una de las carencias más significativas en el sistema de salud pública en Bolivia. Los reportes hospitalarios sólo dan cuenta de lo que sucede en una pequeña porción de la población, pues los establecimientos especializados y de tercer nivel se concentran en las capitales departamentales y a esto se debe sumar la desinformación y el estigma vinculado a los trastornos mentales, razones por las cuales, la población que se aproxima a los establecimientos de salud en busca de servicios especializados de salud mental es muy reducida y probablemente en su gran mayoría son personas de clase media hacia arriba en la pirámide socioeconómica, sin embargo se han realizado investigaciones que ofrecen la posibilidad de hacer algunas estimaciones.

El año 2004 en base a datos de morbilidad hospitalaria según CIE-10 se realizó el análisis de los principales trastornos de hospitalización por unidades especializadas de salud mental de hospitales de tercer nivel, y hospitales psiquiátricos de todo el país determinando como principales causas de internación a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias con 28,2%, la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes 28%, los trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos 17,8% y los trastornos del humor (afectivos) con 13,5%.

Posteriormente en razón a la inexistencia de información estadística sistematizada y confiable en Salud Mental, se llevó a efecto el levantamiento de la Línea Base en Salud Mental 2008, tomando como referencia al Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM - OMS).

Esta línea de base en particular, representa el “punto de partida” en la capacidad de oferta de servicios de promoción de la Salud Mental y Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la Enfermedad Mental, del actual sistema de salud, incluidos los recursos de las cajas de salud y los servicios privados en la materia. En cuanto se refiere a una Línea de Base que ofrezca el perfil epidemiológico de la Enfermedad Mental en un momento dado en el territorio nacional, se ha iniciado y forma parte del Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015, la incorporación de 8 variables de Salud Mental en el Sistema Nacional de Información en Salud-SNIS, precisamente aquellas patologías que a nivel mundial son más prevalentes.

Principales resultados de la línea base de salud mental en Bolivia

1. Se han identificado 39 establecimientos de salud mental ambulatorios en el país (incluyendo la consulta ambulatoria de los hospitales psiquiátricos), 12 establecimientos de tratamiento diurno (incluyendo el tratamiento diurno que realizan algunos hospitales psiquiátricos), 1 unidad de hospitalización de base comunitaria y 9 establecimientos de salud mental que tienen servicios y funciones de hospitales psiquiátricos.
2. La mayoría de los usuarios son atendidos en establecimientos con atención ambulatoria y por internación en hospitales psiquiátricos, en tanto que la tasa de usuarios internados en unidades de hospitalización psiquiátrica y establecimientos de tratamiento diurno es menor.
3. Adicionalmente los principales trastornos tratados son: en consulta ambulatoria los trastornos del humor (afectivos) con un 17% y en los hospitales psiquiátricos la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes con un 29%. Otros trastornos agrupa a: 1) Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos. 2) Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. 3) Retraso mental. 4) Trastornos del desarrollo psicológico. 5) Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y 6) trastornos mentales sin especificación.
4. Los usuarios de sexo femenino representan entre el 30 a 50% de la población que acude a algún establecimiento de salud mental en el país y la atención a menores de 18 años fluctúa entre 3 - 35%, de acuerdo al tipo de establecimiento.
5. Menos del 7% del personal de atención primaria ha recibido por lo menos dos días de actualización sobre temas de salud mental el último año.
6. Menos del 20% de los establecimientos de atención primaria de salud (APS) cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental (de cuyo manejo no se hace una supervisión o retroalimentación). Aproximadamente un 12% de los establecimientos de atención primaria que cuentan con médico y un 6% de los que no cuentan con médico habrían realizado la referencia de algún paciente con trastorno mental a un establecimiento de mayor poder resolutivo.

7. No existen disposiciones legales en Bolivia para proteger a los usuarios de discriminación, para facilitar acceso a vivienda en casos crónicos y graves que lo requieran y menos una pensión para pacientes sin recursos.
8. Dentro de los establecimientos de salud mental por cada 100.000 habitantes existen 1.06 psiquiatras, 0,22 médicos no especializados en psiquiatría, 0.34 enfermeros, 0.46 psicólogos, 0.25 trabajadores sociales, 0.20 terapeutas ocupacionales, 1.43 de otro profesional de la salud.
9. En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, sólo 5% de escuelas primarias y secundarias tienen un profesional de salud mental y entre 1 - 20% realizan actividades formales en la escuela para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.

La política de salud familiar comunitaria intercultural

En el marco de la política de salud SAFCI vigente en el país, las estrategias públicas que se están desarrollando, tienen el propósito de garantizar la salud de la población a través de acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

El objetivo estratégico del Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015 consiste en contribuir, desde la Salud Mental Pública, al desarrollo en las personas, familias y comunidades de hábitos de Vida Saludables (Promoción de la Salud Mental), de tal manera de lograr una eficaz prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en todas sus expresiones y manifestaciones y la rehabilitación y reinserción familiar, comunitaria y laboral de las personas que hubieren padecido trastornos en su salud mental.

La promoción de la salud mental

A partir del panorama anterior, es evidente que el bienestar mental puede ser puesto en riesgo por una amplia gama de factores que abarcan no solo el ciclo vital sino también diferentes esferas de la vida, como la cognición y el comportamiento a nivel individual; las condiciones de vida y de trabajo a nivel social; y las oportunidades y derechos a nivel de un entorno más amplio. Por consiguiente, las respuestas públicas de salud mental a estos riesgos tienen igualmente que producirse en estos diferentes niveles y grupos sociales. La naturaleza precisa de las respuestas dependerá de su propósito específico y del grupo destinatario, pero en

general pueden ser clasificadas como acciones que promueven o protegen la salud mental y acciones que buscan restaurarla o mejorarla mediante el tratamiento y el cuidado apropiados de las personas con trastornos mentales. La base conceptual y probatoria de la promoción de la salud mental ha sido el tema de varias publicaciones y revisiones.⁽²⁻¹¹⁻²²⁻²³⁾ En esencia, la salud mental y el bienestar se basan en la capacidad de las personas de controlar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, así como sus interacciones con otros. Es fundamental permitir que estos atributos centrales de autocontrol, resiliencia y confianza en uno mismo se desarrollen y consoliden en las etapas formativas de la vida a fin de que las personas estén adecuadamente dotadas para afrontar opciones complejas y posibles adversidades que se presenten a medida que su edad avanza. Asimismo, recientes revisiones de datos provenientes de países de ingresos bajos y medios hallaron considerables efectos positivos de las intervenciones efectuadas por miembros de la comunidad sobre el desarrollo de los niños y el funcionamiento psicosocial tanto de las madres como de los niños.⁽⁶⁻²²⁻²⁴⁾

Apoyo a las familias y comunidades

La salud mental y el bienestar a nivel individual están fuertemente influidos por el contexto social inmediato en el cual las personas viven, trabajan y llevan a cabo sus actividades cotidianas. El objetivo principal de la atención a nivel de la familia y la comunidad es, por consiguiente, fomentar condiciones de vida y de trabajo que permitan el desarrollo psicosocial (en particular de las personas vulnerables) y promuevan interacciones positivas entre las familias y los grupos sociales y dentro de ellos. Ciertas estrategias de promoción y protección de la salud mental están orientadas a grupos específicos, como las intervenciones en el hogar para familias socioeconómicamente desfavorecidas y para niños con un progenitor que sufre una enfermedad mental; prevención de la violencia en la pareja; intervenciones en la escuela para niños y adolescentes que presentan problemas emocionales o conductuales; intervenciones basadas en el trabajo, para adultos que buscan empleo o que luchan para hacer frente a tensiones laborales; intervenciones comunitarias orientadas a promover una mejor participación social de los adultos mayores; y apoyo psicosocial para personas afectadas por conflictos o desastres.⁽²⁻¹¹⁻²⁶⁾ Otras estrategias son de carácter más universal e incluyen ampliar los sistemas de protección social para pobres u otros grupos vulnerables, salvaguardar la seguridad del vecindario e incrementar los servicios de la comunidad y las redes sociales.⁽²⁰⁾

Plan de acción global en salud mental

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó, en su 65ª sesión celebrada en mayo del 2012, la resolución WHA65.4 –La carga global de los trastornos mentales y la necesidad de una respuesta coordinada e integral por parte de los sectores salud y social a nivel de país– y exhortó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que elaborara un plan de acción integral sobre salud mental.

Por otra parte, el Plan de Acción, elaborado en reuniones de consulta con los Estados Miembros de la OMS, la sociedad civil y los socios internacionales, propone medidas para abordar la carga sanitaria, social y económica de los trastornos mentales mediante la adopción de un enfoque integral y multisectorial que incluye los servicios coordinados del sector de la salud y del sector social. Además de hacer hincapié en la promoción, la prevención, el tratamiento, la atención y la recuperación, este enfoque presta la atención debida a los principios de equidad, a los derechos humanos, los datos probatorios y el empoderamiento del usuario.

Determinantes y consecuencias de los trastornos mentales

Los determinantes de la salud mental y los trastornos mentales incluyen, además de los atributos individuales como la capacidad de controlar los propios pensamientos, comportamientos e interacciones con los demás, factores sociales, económicos y ambientales como el nivel de vida, las condiciones de trabajo o las políticas nacionales. La crisis económica mundial en curso es un poderoso ejemplo de un fenómeno macroeconómico que se prevé tendrá consecuencias importantes para la salud mental, entre ellas, mayores tasas de suicidio y consumo nocivo de alcohol.

En función del contexto local, ciertos grupos de la sociedad pueden estar en un riesgo considerablemente mayor de presentar problemas de salud mental, incluidas las familias que viven en la pobreza, las personas con enfermedades crónicas, los grupos minoritarios y las personas expuestas o desplazadas por conflictos, desastres u otras situaciones de emergencia. En muchas sociedades, la función socialmente definida de las mujeres las expone a mayor estrés, lo que junto con otros factores como la violencia y el maltrato en el hogar, dan lugar a tasas elevadas de depresión y ansiedad.

Las personas que padecen un trastorno mental afrontan una disminución considerable de su funcionamiento y presentan tasas de mortalidad desproporcionadamente elevadas. Por ejemplo, la probabilidad de muerte prematura entre las personas con depresión grave

y esquizofrenia es de 40% a 60% mayor que en la población general debido a problemas de salud física que a menudo no son atendidos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la infección por el VIH), así como a consecuencias como el suicidio. El suicidio es la segunda causa de muerte a escala mundial más común entre los jóvenes.

Hay una influencia mutua entre los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la infección por el VIH/sida. Por ejemplo, hay pruebas de que la depresión predispone al infarto de miocardio y la diabetes, los cuales, a su vez, aumentan la probabilidad de depresión. Asimismo, también hay una importante aparición conjunta de los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias. Considerados en conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias suponen un costo elevado para los resultados en materia de salud, ya que representan 13% de la carga global de enfermedad. La depresión por sí sola representa 4,3% de la carga global de enfermedad y se encuentra entre las principales causas de discapacidad en el mundo (11% de todos los años vividos con discapacidad a escala mundial). Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente importantes: en un estudio reciente del Foro Económico Mundial se calculó que el impacto global acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas ascenderá a US\$ 16 billones en los próximos 20 años.

Los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza. La falta de hogar y la reclusión en prisión son circunstancias frecuentes de las personas con trastornos mentales, que exacerban su marginación y vulnerabilidad.

Debido a percepciones y actitudes públicas negativas, los derechos humanos de las personas con trastornos mentales suelen violarse y a muchas se les niega el derecho de ejercer su capacidad jurídica en distintas cuestiones que las afectan, incluso en las esferas del tratamiento y la atención. Además de restricciones al derecho al trabajo y a la educación, también pueden estar sometidos a condiciones de vida poco higiénicas e inhumanas, maltrato físico y abuso sexual, negligencias y prácticas de tratamiento nocivas y degradantes en los establecimientos de salud. A menudo se les niegan sus derechos civiles y políticos (como el derecho al matrimonio y a fundar una familia), los derechos de ciudadanía y el derecho de votar y participar de forma eficaz y plena en la vida pública. Como tal, las personas con trastornos mentales constituyen un grupo vulnerable y a menudo excluido de la sociedad; la actual falta de atención a este grupo representa un impedimento considerable para lograr los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales.

Principios transversales

El Plan Global de Acción en Salud Mental se basa en varios principios transversales, enumerados a continuación:

- *Acceso universal y equidad:* Todas las personas con trastornos mentales deben tener acceso equitativo a la atención de salud y a las oportunidades para lograr o recuperar el grado máximo de salud posible, independientemente de su edad, sexo o posición social.
- *Derechos humanos:* Las estrategias, acciones e intervenciones de salud mental para el tratamiento, la prevención y la promoción deben respetar las convenciones y los acuerdos internacionales de derechos humanos.
- *Práctica basada en datos probatorios:* Las estrategias e intervenciones de salud mental para el tratamiento, la prevención y la promoción deben basarse en evidencias científicas y en las buenas prácticas.
- *Enfoque que abarca todo el ciclo de vida:* Las políticas, los planes y servicios de salud mental deben considerar las necesidades de salud y sociales en todas las etapas del ciclo de vida, incluidas la lactancia, la niñez, la adolescencia, la adultez y la edad avanzada.
- *Enfoque multisectorial:* Debe utilizarse una respuesta integral y coordinada de los múltiples sectores (tales como salud, educación, empleo, vivienda, social y otros sectores pertinentes) para alcanzar los objetivos en materia de salud mental.
- *Empoderamiento de las personas con trastornos mentales:* Deben otorgarse poderes a las personas con trastornos mentales y hacerlas participar en la política, planificación, legislación, provisión y evaluación de los servicios de salud mental.

Propósito y plazo

El propósito general del Plan Global de Acción en Salud Mental es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y reducir la mortalidad y la discapacidad de las personas con trastornos mentales.

El Plan Global de Acción en Salud Mental abarca el período comprendido entre el 2013 y el 2020. En este período también se especifican metas intermedias.

Objetivos

El Plan Global de Acción Mundial en Salud Mental tendrá los siguientes objetivos:

- Fortalecer el liderazgo y la gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar servicios de salud mental y atención social completos, integrados y respetuosos en los entornos comunitarios.
- Ejecutar estrategias para la promoción y protección de la salud mental, incluidas acciones para prevenir los trastornos mentales y los suicidios.
- Fortalecer los sistemas de información, las pruebas científicas y la investigación en materia de salud mental.

Acciones propuestas para los socios internacionales y nacionales

La ejecución eficaz del Plan Global de Acción en Salud Mental requiere la adopción de medidas por parte de los socios internacionales, regionales y nacionales. Los posibles socios se han agrupado en tres categorías generales, enumeradas a continuación junto con las acciones correspondientes.

1. Organismos de desarrollo

Comprenden los organismos internacionales multilaterales (por ejemplo, el Banco Mundial y los organismos de desarrollo de las Naciones Unidas), los organismos regionales (por ejemplo, los bancos regionales de desarrollo) y los organismos bilaterales de ayuda para el desarrollo. Las acciones fundamentales son las siguientes:

- Dedicar la atención adecuada a la salud mental en las estrategias y los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de lucha contra la pobreza que abarcan un mejor acceso al empleo, a la educación y a las actividades para generar ingresos.
- Concientizar a los actores interesados en el desarrollo sobre la necesidad de incluir a las personas con trastornos mentales como grupo vulnerable y marginado que requiere atención prioritaria en el marco de las estrategias de desarrollo, por ejemplo, las actividades que generan ingresos y la agenda de derechos humanos.

2. Organismos técnicos

Incluyen a los organismos técnicos internacionales, regionales y nacionales en el ámbito de la salud, así como en otras esferas técnicas importantes para la salud; en concreto, los centros académicos y de investigación. Las acciones fundamentales son las siguientes:

- Adoptar un enfoque inclusivo para abordar la salud mental en el marco de las políticas, los planes y programas de investigación generales y prioritarios en materia de salud, incluidas las enfermedades no transmisibles, la infección por el VIH/sida, la salud materna, la salud del niño y del adolescente, así como mediante programas y asociaciones horizontales y otras asociaciones de salud internacionales y regionales.
- Apoyar a los Estados para que establezcan sistemas de vigilancia e información que capturen indicadores básicos sobre la salud mental y los servicios de salud y sociales para las personas con trastornos mentales, incluidos la evaluación de los cambios con el transcurso del tiempo y la comprensión de los determinantes sociales de los problemas de salud mental.
- Apoyar las oportunidades de intercambio entre los países sobre las políticas y estrategias legislativas y de intervención eficaces para promover la salud mental, y prevenir y tratar las condiciones mentales en un marco de derechos humanos.
- Apoyar la investigación encaminada a subsanar las brechas de conocimiento prioritarias en materia de salud mental y prestación de servicios de salud y sociales para las personas con trastornos mentales.

3. Organizaciones no gubernamentales

Comprenden las organizaciones no gubernamentales de carácter internacional, regional y nacional que actúan en las esferas sociales, del desarrollo y la salud. También incluyen las asociaciones profesionales y las asociaciones que representan a las personas con trastornos mentales. A continuación se enumeran las acciones fundamentales:

- Hacer participar a todos los actores interesados en las actividades de promoción para concientizar acerca de la magnitud de la carga asociada a los trastornos mentales y la disponibilidad de estrategias eficaces de intervención para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención y servicios para las personas con este tipo de trastornos.

- Apoyar la creación de asociaciones y organizaciones que representen a las personas con trastornos mentales y discapacidades, así como a sus familias y cuidadores, y facilitar el diálogo entre estos grupos y las autoridades del gobierno en los sectores de salud, discapacidad, educación, empleo y social.
- Fomentar los derechos de las personas con trastornos mentales, lo que incluye su participación en la vida familiar y comunitaria y en los asuntos cívicos, e introducir acciones para combatir la estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias.

Notas

- ¹ OMS (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45.ª edición, octubre del 2006.
- ² WHO (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- ³ WHO (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Oficina Regional de la OMS para Europa; Copenhague, Dinamarca.
- ⁴ Foresight Mental Capital and Wellbeing project (2008). *Final Project report – Executive summary*. The Government Office for Science, Londres.
- ⁵ Fisher JRW, Cabral de Mello M, Izutsu T, Vijayakumar L, Belfer M y Omigbodun O (2011). Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Settings: A Review of the Evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 57: Supplement 1.
- ⁶ Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O et al (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378: 1515-1525.
- ⁷ Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B e International Child Development Steering Group (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369: 60–70.
- ⁸ Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370: 859-877.
- ⁹ Walker S, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Careter JA e International Child Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 369: 145-157.
- ¹⁰ Walker S, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black M, Nelson C, Huffman C et al (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325-1338.

- ¹¹ OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- ¹² Hetherington R, Baistow K, Katz I, Trowell J (2001). *The welfare of children with mentally ill parents: Learning from inter-country comparisons*. Wiley and Sons; Chichester, Reino Unido.
- ¹³ Matteblat F, Remschmidt H (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Arzteblatt International*, 105: 413-418.
- ¹⁴ Sawyer S, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379: 1630-1640.
- ¹⁵ Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knapp M, Patel V (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378: 1502-14.
- ¹⁶ OECD (2011). *Sick on the job: Myths and realities about mental health and work*. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; París, Francia.
- ¹⁷ Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*, 379: 250-265.
- ¹⁸ Patel V, Lund C, Hatherill S, et al. Mental disorders: equity and social determinants. En: Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010: 115-34.
- ¹⁹ WHO (2008a). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- ²⁰ WHO (2010a). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Organización Mundial de la salud; Ginebra, Suiza.
- ²¹ Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199: 453-458.
- ²² Barry M, Clarke A, Jenkins R, Patel R (2011). *Rapid review of the evidence on the effectiveness of mental health promotion interventions in low and middle income countries*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- ²³ WHO (2002). *Prevention and promotion of mental health*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- ²⁴ Engle PL, Fernald L, Alderman H, Berman J, O’Gara C et al (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378: 1339-1353.
- ²⁵ Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J (2006). Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug and Alcohol Review*, 25: 553-65.

- ²⁶ Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, Golaz A, Van Ommeren M (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings; linking practice to evidence. *Lancet*, 378: 1581-1591.
- ²⁷ WHO (2008b). *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – A major step forward in promoting and protecting rights*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.

RECENSIONES BIBLIOGRÁFICAS