

La salud mental a principios del siglo XXI

Mental health in the early twenty-first century

Carolina Martínez S¹.

¹ Médica, maestra en Medicina Social, Doctora en Estudios de población, profesora e investigadora, Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco), México. Correo electrónico: cmartine@correo.xoc.uam.mx

Recibido: 29 de junio de 2014. Aprobado: 20 de noviembre de 2014. Publicado: 01 de marzo de 2015

Martínez C. La salud mental a principios del siglo XXI. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2014; 32(supl 1): S44-S54

Resumen

Objetivo: Ante el resurgimiento de la preocupación por los problemas de salud mental en el mundo a comienzos del siglo XXI se plantean las siguientes preguntas: ¿ese repunte del interés por el tema obedece, efectivamente, al aumento de esa patología, o hay algún otro tipo de situaciones económicas, sociales y políticas que han favorecido su creciente visibilidad? ¿a qué podrían atribuirse esas tendencias? ¿Cómo se propone enfrentarla? **Metodología:** el trabajo consiste en una revisión bibliográfica centrada en la base de datos MEDLINE, además de algunas revistas científicas sociales editados por *Sage Publications* y algunas revistas latinoamericanas de enfoque crítico. Se privilegian los estudios publicados en la última década, con algunas menciones a trabajos anteriores de contenido especialmente relevante. **Resultados y discusión:** se encuentran evidencias del aumento en la frecuencia de los

trastornos mentales en el mundo y de los difíciles desafíos que su estudio involucra. Se observa una disminución del interés por el estudio de la configuración social de las constelaciones de riesgo y un distanciamiento de las propuestas más genuinamente preventivas a favor del intenso empeño en ofrecer tratamiento predominantemente farmacológico. Se ofrece un conjunto de reflexiones críticas sobre las propuestas desde las cuales se pretende enfrentar hoy día esta situación. **Conclusión:** se invita a la búsqueda de nuevas rutas alternativas desde una mirada epistemológica diferente para la construcción de futuros escenarios menos psicopatogénicos en donde pueda desplegarse, efectivamente, la salud mental de la población.

-----**Palabras clave:** Actividad Salud mental, epidemiología psiquiátrica, epidemiología social crítica.

Abstract

Objectives: At the onset of twenty-first century, the concern for mental health in the world is growing. Some questions arise: is that a response to an increased frequency of mental disorders? What is happening to determine those trends? And how are they being faced? Method: a literature review in MEDLINE and some other journals in Sage Publications and Latin American critical perspective is conducted aimed at finding answers to these questions. **Results:** It was found evidence of increased frequency of mental disorders in the world and the complex challenges involved in their study. A

decreased interest in the study of the social setting of the risks constellations are observed, and also the distance from the most genuinely preventive proposals in favor of an intense effort to provide pharmacological treatment to mentally ill population. **Conclusions:** an invitation is made for a new sight from a critical perspective that could allow us to build better future social scenarios not so dangerous for people's mental health.

-----**Keywords:** mental health, psychiatric epidemiology, social critical epidemiology.

Introducción

Con el inicio del presente siglo ha resurgido la preocupación por los problemas de salud mental, su magnitud, sus consecuencias y las dificultades que su atención plantea. Así lo evidencia el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) subtítulo *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. En este documento se plantea que “hablar de la salud sin referirse a la salud mental es como afinar un instrumento y dejar algunas notas disonantes” [1].

El interés por mantener la resonancia de esta propuesta en los siguientes años se hizo evidente con la aparición de varios estudios en torno al motivo: “*no health without mental health*” (no hay salud sin salud mental) [2-6], entre los cuales fue de especial relevancia la serie publicada por la prestigiada revista *Lancet* en 2007 [7], con un primer seguimiento en 2008 en el que se anunció la conformación del *Movement on Global Mental Health* (Movimiento para la Salud Mental Global) [8], y un seguimiento más en 2011 en el que se subrayó, entre otras cosas, la enorme brecha que separa la presencia de este tipo de patología y la escasa atención médica que reciben los afectados en los países de ingresos bajos y medios [9].

En 2008 aparece el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental* (mhGAP) [10]. En 2012, un grupo de expertos del Departamento de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins plantea la necesidad de llamar a una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para atender el grave problema de los trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias [11]. En ese mismo año se celebra la Asamblea Mundial de la Salud número 65 en la que se adopta una resolución referente a cómo enfrentar la carga mundial de los trastornos mentales. En 2013 se publica el *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* de la OMS siempre en torno al principio: “no hay salud sin salud mental” [12].

Sin embargo, al revisar todos estos documentos queda la impresión de que en este ámbito se ha producido algo similar a lo que se observa en el territorio más amplio de la salud pública: una tendencia a hablar cada vez más de salud y menos de enfermedad, lo que no necesariamente significa que se haya construido un nuevo y más preciso concepto de salud, sino que se ha producido un mero cambio de nomenclatura (movimiento que merece, por cierto, su propio análisis) [13]. En todo caso, la definición de salud mental postulada por la Organización Mundial de la Salud sostiene que ésta no debe ser

entendida sólo como la ausencia de trastornos mentales (con lo cual vuelve a recurrirse a la muy cuestionada definición que pretende definir en función de lo que no es), sino como “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” [14]. Una definición que podría ser seriamente cuestionada cuando las condiciones del entorno en el que ese individuo nace y en el que transcurre su vida atentan seriamente contra el desarrollo de dichas capacidades, y en el cual las “tensiones normales de la vida” pueden llegar a superar con creces la capacidad de tolerancia de la especie humana. Pero en este un punto se abundará en la sección final de este trabajo. En cambio, para el heterogéneo y complejo conjunto de padecimientos que la psiquiatría contemporánea define como trastornos mentales, a falta de una mejor comprensión teórica y conceptual, de lo que sí se dispone es de una muy cuidadosa descripción de sus manifestaciones clínicas, la cual puede leerse en las sucesivas ediciones del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), actualmente en su quinta versión [15]. Lo que acontece, entonces, es que incluso en los relativamente escasos documentos en los que hay una preocupación explícita por la precisión conceptual en la diferencia entre salud y enfermedad [16] se observa la tendencia a recurrir a la formulación redundante de una “salud mental positiva”, y luego el rápido desliz al campo de los trastornos mentales, que es de lo que finalmente termina por hablarse.

En las siguientes páginas se propone un recorrido a través de la bibliografía especializada en busca de algunas respuestas a dos preguntas. Primera: ¿el repunte del interés por el tema de la salud mental –que, por lo antes dicho, se refiere en realidad, más bien, a sus trastornos– obedece, efectivamente, al aumento de esa patología, o hay algún otro tipo de situaciones económicas, sociales y políticas que han favorecido su creciente visibilidad? Segunda: en cualquiera de estas dos situaciones, o aún si se tratara de una combinación de ambas, ¿a qué se deben esas tendencias? El recorrido culmina con un conjunto de reflexiones críticas sobre las propuestas desde las cuales se pretende enfrentar esta situación y, a manera de conclusión, con la invitación a la búsqueda de nuevas rutas alternativa.

La revisión bibliográfica que aquí se emprende está centrada en la base de datos MEDLINE, aunque en ciertos momentos se incursionó también en algunas de las revistas científico sociales editadas por *Sage Publications* y en un par de revistas latinoamericanas

* Aún si es evidente que decir “positiva” pretende enfatizar que se trata de “algo más” que la ausencia de enfermedad, también lo es que hablar de una “salud mental negativa” tendría poco sentido cuando se dispone del concepto de enfermedad; y si la oposición fuera con una “salud mental deficiente” [16], tampoco quedaría muy clara la diferencia entre ese estatus y el de la presencia franca de algún “trastorno mental”.

que incluyen trabajos con enfoques críticos. En esta indagación se privilegiaron los estudios publicados en lo que va del presente siglo, pero no dejan de mencionarse algunos trabajos de décadas previas cuyo contenido resulta especialmente relevante.

¿Aumento en la frecuencia o cambios en la perspectiva?

En el número de 2002 del *Boletín* de la OMS [17] se alertaba sobre el hecho de que los trastornos mentales, neurológicos y del comportamiento daban cuenta ya del 12.3 % de lo que se ha dado en denominar “la carga global de la enfermedad” en el mundo; se ofrecían estimaciones específicas para las diversas regiones[†] y se señalaba que pese a su elevada frecuencia, la mayor parte de los países no estaba concediendo a este problema la prioridad requerida. Kohn y otros [18] subrayaron la elevada prevalencia de estos padecimientos, citaron estimaciones en las que se sostiene que hasta un 48.6 % de los adultos en el mundo habría estado afectado alguna vez en su vida por alguno de ellos, apuntaron al alto potencial discapacitante de las entidades nosológicas más nocivas como la depresión grave, el trastorno maniaco depresivo o trastorno bipolar, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo, y comentaron sobre la pesada carga emocional que los trastornos mentales acarrearán a los individuos, las familias y las sociedades, por lo que consideraron que estos problemas se habían convertido en un serio problema de salud pública. Para 2003, la OMS había formulado ya un *Programa Mundial de Acción de Salud Mental* con cuatro áreas estratégicas: generación y difusión de información; asistencia técnica y de gestión para el desarrollo de políticas y servicios; multiplicación de iniciativas de investigación y fomento de la capacidad de investigación en especial en los países en desarrollo; y sensibilización y protección de los derechos humanos de quienes padecen alguna enfermedad mental [19]. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancia de la propia OMS organizó, también en 2003, una reunión para examinar el papel de las revistas científicas en el fomento a la investigación sobre el tema en especial en los países llamados de ingresos bajos y medios, con el propósito de buscar vías para su fortalecimiento [20]. En los años siguientes, como ya se comentó, la atención sobre esta problemática continuó, con estudios como los publicados en la serie de la revista *Lancet*.

En 2010, la información recabada por el *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study* (GDB 2010) permitió a los expertos elaborar nuevas estimaciones[‡] Entre esos estudios destaca el de Whiteford et al [21] que examina lo ocurrido de 1980 a 2010 en 187 países y sostiene que la carga de la enfermedad debida a los trastornos mentales y por uso de sustancias habría aumentado en un 37.6 % de 1990 a 2010. Hacen notar que aún cuando estos padecimientos no contribuyen en forma importante a la mortalidad, sí afectan seriamente la vida cotidiana de quienes los sufren y plantean grandes desafíos a los sistemas de salud. Entre los trastornos mentales y por uso de sustancias que según este estudio ocasionaron la mayor cantidad de años vividos con discapacidad en el año de 2010 en los países incluidos, se ubicarían en primer término los trastornos depresivos (con el 40.5 % de esos años), seguidos por los trastornos de ansiedad (14.6 %), problemas con el uso de drogas ilícitas y con el uso del alcohol (10.9 y 9.6 % respectivamente), la esquizofrenia (7.4 %) y el trastorno bipolar (7 %). En estos años han continuado publicándose diversas investigaciones sobre lo ocurrido en algunas regiones, países y ciudades específicos [2, 22-25]. Con todo, Baxter et al [26] sostienen que para la mayor parte de la población en el mundo los trastornos mentales siguen siendo invisibles y constituyen un problema al que pocos países le dan la prioridad que merecerían.

Pero aún cuando las voces que predominan son las que, en consonancia con la OMS, hablan del incremento en la frecuencia de los trastornos mentales, y resultan bastante convincentes al respecto, hay también quienes expresan otros puntos de vista. Al comienzo del capítulo dedicado a la epidemiología de las enfermedades mentales de un amplio y muy serio estudio elaborado por el Departamento de Salud y Servicios de los EUA se advierte que[§]:

“Las estimaciones epidemiológicas han cambiado a lo largo del tiempo a causa de los cambios en las definiciones y diagnósticos de la salud y la enfermedad mental. En los tempranos años cincuenta, las tasas de enfermedad mental estimadas por los epidemiólogos eran mucho más altas que las que se reportan hoy día. (...) Sin embargo, otros estudios encontraron tasas menores cuando utilizaron definiciones más restrictivas que reflejaban visiones más contemporáneas sobre la enfermedad mental. En lugar de clasificar a alguien como enfermo mental a partir de signos y síntomas, esta línea de investigación epidemiológica más reciente sólo identificaba como enferma mental a la gente que reunía un conjunto de signos y síntomas que,

[†] Esta información puede consultarse en la sección *Global Burden of Disease Estimates*, disponible en URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html (consultada el 20 de mayo de 2014).

[‡] Cabe hacer notar, por cierto, que buena parte de estos trabajos aparecen bajo la autoría de un grupo relativamente reducido de autores.

[§] Todas las traducciones que se ofrecen en este artículo son de la autora.

tomados todos juntos, obstaculizaban su capacidad para funcionar.” [27]

Ruiz y otros [28], por ejemplo, hablan de cómo incluso los cambios en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* pueden ocasionar modificaciones en la frecuencia con la que se reportan las enfermedades y no necesariamente con la que se producen. En una entrevista para *El País* en el año 2006, el psiquiatra español Luis Rojas Marcos consideró que quizá no son las enfermedades mentales las que han aumentado en los últimos años, sino la conciencia de la enfermedad**. Y Howard y otros [29] examinaron las situaciones que parecen haber conducido en la última década del siglo pasado al crecimiento de la proporción de población atendida por ciertas enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades mentales, para señalar que en esto han influido no sólo el aumento de su incidencia y una mayor sobrevivencia de las personas afectadas, sino también el incremento en su detección y el énfasis en el tratamiento en la denominada etapa subclínica de la enfermedad.

En consonancia con el creciente interés en los trastornos mentales, en los primeros años del siglo XXI se generaron importantes iniciativas para su estudio, y empezaron a levantarse encuestas que se valen de instrumentos para su medición [30,31]. Esto ha enriquecido las posibilidades de análisis que solían circunscribirse a aproximaciones en pequeña escala emprendidas en distintas latitudes, y a la información provista por las fuentes más antiguas. Pero es indudable que con ello también la visibilidad del fenómeno se ha incrementado.

En conclusión, aunque no puede desconocerse la mayor visibilización que se ha dado al problema, las evidencias reunidas en los estudios revisados sugieren que el incremento en la magnitud y la trascendencia con la que estos padecimientos afectan hoy día a los integrantes de los distintos grupos de la población en las diversas regiones del mundo es un problema preocupante. De ser atinadas las estimaciones de los expertos que señalan esta tendencia al alza, se impone la siguiente pregunta: ¿a qué podría deberse semejante situación?

¿Por qué aumentan los trastornos mentales en el mundo actual?

El análisis epidemiológico de esta problemática enfrenta numerosos y complejos desafíos, que como lo plantea Kessler [32], van desde las dificultades implicadas en su definición y diagnóstico, hasta los escollos que se interponen para su medición. Esto sin mencionar aún el espinoso debate conceptual en torno a la posibilidad de identificar los componentes de las constelaciones

de riesgos en las cuales se originan, que es una de las preguntas epidemiológicas más interesantes y polémicas implicadas en el estudio de su frecuencia y distribución en los distintos grupos de la población en cada espacio geográfico y época histórica [33,34].

Sin embargo, la ausencia de sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan observar los cambios en la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales a lo largo del tiempo, sin exclusión de la población que no acude a los servicios de atención médica, hacen muy difícil tener una idea fiel sobre sus tendencias. Los esfuerzos por instituir este tipo de sistemas dejan ver su valor y utilidad, pero también los complicados retos que su diseño, establecimiento y sostén plantean [35-37]. Los estudios que intentan identificar las variaciones temporales de la frecuencia de estas enfermedades y su distribución en distintos grupos de la población suelen recurrir a la comparación de mediciones realizadas en diferentes momentos y con distintos procedimientos, con el agravante de que se encuentran restringidos a la observación de determinados fragmentos de la población. Pero las aproximaciones más recientes que han podido aprovechar los nuevos instrumentos aplicados a escala mundial, no se encuentran tampoco libres de dificultades y cuestionamientos, en especial porque se trata de trastornos muy íntimamente vinculados con la vida psíquica y la cultura, lo que les otorga peculiaridades sólo comprensibles dentro del contexto social e histórico específico en el que se configuran, como con toda contundencia puede verse, por ejemplo, en el minucioso y profundo estudio de Skultans [38], y como lo muestran también los hallazgos y reflexiones de los autores latinoamericanos que trabajan desde perspectivas críticas [39, 40].

En cuanto a la pregunta epidemiológica sobre la causalidad de las enfermedades psiquiátricas, es innegable que, como también lo señala Kessler [32], éstas se relacionan muy estrechamente con problemas derivados de las adversidades ambientales que afectan a las personas a lo largo de su vida. Pese a ello, las respuestas que hoy día llegan a ofrecerse ante esa interrogante se han vuelto o tan puntuales como las que se concentran en sus dimensiones moleculares, o tan inespecíficas como las que suelen aducirse para dar razón del aumento de buena parte de las enfermedades crónicas no transmisibles que hoy día encabezan la lista de los padecimientos que conducen a la muerte en muchos países del mundo: se trata de enfermedades de etiología “multifactorial”, cuyo incremento se debe al aumento en la esperanza de vida de las poblaciones y a los cambios en los “estilos de vida” de las personas.

Por lo que se refiere a las propuestas preventivas, en forma similar a lo que se ofrece para otros

** *El País* (29/05/2006). Disponible en URL: <http://www.websalud.com/articulo.html>. Citado el 13 de febrero de 2013.

padecimientos crónicos, también para los trastornos mentales han quedado circunscritas a lo que en el clásico modelo de Leavell y Clark [41] se definía como prevención *secundaria*, esto es, la búsqueda de un diagnóstico temprano para establecer un tratamiento oportuno^{††}. En cambio, la genuina prevención *primaria* cuyo propósito es reducir o evitar la ocurrencia de las enfermedades -para lo cual se requiere del conocimiento de las exposiciones que incrementan la probabilidad de su ocurrencia-, salvo por muy escasas excepciones [16], parecería haber desaparecido prácticamente como aspiración de la psiquiatría occidental de finales del siglo xx y principios del xx.

Pero en esta rama del saber médico, la renuncia a teorizar sobre la etiología de los trastornos mentales y las constelaciones de riesgos que podrían incrementar las probabilidades de su ocurrencia data de las últimas décadas del siglo xx [42], y se dio con matices muy especiales. Podría pensarse que quizá lo complejo y elusivo de su objeto de estudio empujó a esta rama del saber médico a adoptar esa posición. Pero hay algunos autores cuyas reflexiones nos conducen a pensar que quizá ese no fue el único motivo, y quizá tampoco el decisivo.

Como lo muestran los estudiosos de la historia de la psiquiatría occidental, a lo largo del siglo xx el interés por indagar sobre la causalidad de los trastornos mentales, así como las respuestas que ante ellos se ofrecen, han sufrido un cambio radical [43-45]. Hacia fines de la Segunda Guerra Mundial, hubo un período en el que prevaleció el entusiasmo por lo que por entonces se concebía como la prevención primaria de las enfermedades mentales, que tenía entre sus fundamentos los hallazgos científicos sobre la sociogénesis de estos padecimientos [44,45]. La psiquiatría social fue definida por un comité de expertos de la OMS en 1958 como la rama de esta disciplina que estudia el papel de los factores sociales en la etiología de las enfermedades mentales, sus repercusiones en las relaciones de la persona con su entorno, y las intervenciones preventivas y terapéuticas que todo esto requiere [43]. Entre sus aportaciones se cuentan algunos estudios epidemiológicos sobre la relación entre los trastornos mentales y la clase social, y los que mostraban los cambios en la psicopatología entre una época y otra [43].

Pero aún cuando la perspectiva médico social latinoamericana retomó ese tipo de planteamientos, los desarrolló y se ocupó de continuar poniéndolos en evidencia [46], la importancia que esta perspectiva llegó a adquirir en aquel momento empezó a decaer muy rápidamente, en especial en el influyente y dominante enfoque norteamericano. Como lo señala Mora [45], de los

años sesenta a los ochenta del siglo pasado la psiquiatría norteamericana, en contraste con la de algunos países de Europa occidental, fue virando hacia una perspectiva cada vez más conservadora en la cual el énfasis se movió hacia una psicopatología orientada a los síntomas, enfoque que se consolida formalmente a partir de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases* (DSM-III) [42]. Como Mora lo interpreta:

“Históricamente, es un retiro de la atención a las entidades psiquiátricas de las escuelas psicodinámicas y un regreso a la tradición kraepeliniana del énfasis en los síntomas específicos que tienen hoy en día una implicación definida para el tratamiento psicofarmacológico. Por otra parte, tal reorientación de la psicopatología ha sido ajustada a un sistema de cobertura de seguros relacionado con las constelaciones sintomáticas, conforme a la orientación capitalista que prevalece en el sistema de atención médica en los Estados Unidos.” [45].

Desde un punto de vista clínico, a partir del DSM-III nos encontramos, como bien lo plantea Desviat, ante:

“Una manera de entender la práctica psiquiátrica que hace borrón y cuenta nueva con toda la historia de la psiquiatría de la construcción psicopatológica de la enfermedad mental (...). En el esfuerzo por reducir la psiquiatría al hecho físico, a la medicina del signo, tenemos marcadores biológicos, predictores de respuesta, spect cerebral, protocolos, escalas, meta-análisis randomizados, y una propedéutica que ha convertido en datos toda la semiología psiquiátrica, estableciendo criterios diagnósticos en base a ítems agrupados binariamente (presencia/ausencia) o según intensidad o gravedad, y escogidos por consenso, o por votación.” [47]

La salud mental y las circunstancias en las que transcurre la vida

En epidemiología psiquiátrica, con muy pocas excepciones [16], la posición de avanzada que se ha impuesto ya para principios del siglo XXI es la que proclama que tiene mucho más sentido optar por la prevención secundaria (con la farmacoterapia como su principal recurso), que continuar con la aparentemente vana empresa de la prevención primaria, puesto que los factores de riesgo que conducen a su ocurrencia no son fáciles de identificar y mucho menos de modificar, además de que el surgimiento y el curso que siguen estas enfermedades es bastante impredecible [32]. En torno a esta postura, que es la que observamos en la propuesta del ya mencionado *Informe* de 2001 de la OMS, se ha realineado desde entonces la comunidad psiquiátrica internacional.

^{††} Lo más temprano posible; de preferencia, si cabe, en las etapas subclínicas del padecimiento, como ya lo señalaban Howard et al [29].

Pese a ello, la revisión de los estudios emprendidos en ciertos momentos del siglo pasado no deja duda de la relación entre las circunstancias en las cuales se despliega la vida de las personas y la aparición de distintos tipos de enfermedades mentales, con una vulnerabilidad máxima durante las primeras etapas de la vida. Y aún cuando este ángulo de la problemática no sea ya el que orienta a la mayor parte de las investigaciones epidemiológicas de las últimas décadas, tampoco hoy día faltan las evidencias de cómo las complejas y difíciles situaciones económicas, sociales y culturales a las que se encuentran expuestas las poblaciones humanas a comienzos del siglo XXI confluyen para incrementar la probabilidad de ocurrencia de estas enfermedades^{**}. El compendio del estudio de la OMS [16] antes mencionado empieza a considerar, al fin, buena parte de estos hallazgos.

Una porción importante de los estudios recientes que se preguntan sobre los componentes socioambientales que favorecen la aparición de las enfermedades mentales se concentran en el caso de las psicosis, que son las que ocasionan los mayores niveles de discapacidad dentro del vasto y heterogéneo conjunto constituido por esta patología. Se recogen a continuación sólo algunos de ellos a manera de ejemplar.

Con base en los datos de la segunda Encuesta Nacional Británica de Morbilidad Psiquiátrica, Bebbington y otros [48] encontraron una frecuencia significativamente mayor de victimización en la infancia entre quienes padecían psicosis que entre quienes manifestaban otro tipo de problemas psiquiátricos. En una revisión de los casos atendidos en cuatro centros de salud comunitarios de una ciudad británica, Agius y Ward [49] reportan tasas de psicosis más elevadas en las áreas con mayores índices de privación y las proporciones más altas de población migrante y de minorías étnicas. Reininghaus y otros [50] identifican la asociación entre un mayor riesgo de psicosis y situaciones como el desempleo, el aislamiento social y el logro de empleos muy por debajo de las expectativas de la persona, tanto en población blanca como afrocaribeña atendida en los servicios de salud mental en otras dos ciudades británicas. Pero en otro interesante estudio publicado unos años más tarde, Hickling y Hutchinson [51] argumentan sobre las enseñanzas que ofrece para la comprensión de los riesgos psicosociales relacionados con las psicosis el estudio de la salud mental de los migrantes caribeños hacia Gran Bretaña durante el siglo XX. Como ellos lo explican, se trata de una población cuya salud mental ha sufrido de manera ancestral los estragos de la esclavitud y el colonialismo, que al migrar se enfrenta a un mundo muy distinto del propio, en donde

además han de enfrentar una intensa hostilidad racial. En un contexto diferente, en España, González-Pinto y otros [52] estudian las interacciones entre la historia familiar de psicosis y el ambiente familiar de un grupo de niños y adolescentes psicóticos en comparación con otro grupo de sanos, y encuentran que ambos componentes tienen su peso, aunque subrayan la importancia de la calidad del ambiente familiar ya sea para precipitar un primer brote psicótico o para disminuir su probabilidad de ocurrencia.

En lo que se refiere a los padecimientos no psicóticos, Patel y Kleinman [53] reportan, con base en una revisión de estudios realizados en diversos países, una asociación entre mayor riesgo de enfermedades mentales y pobreza. McGrath y otros [54] revisan también otro conjunto de investigaciones realizadas en diferentes países en las que se reportan niveles más altos de trastornos mentales en las zonas urbanas en comparación con las rurales. Peen y otros [55] muestran una situación similar en Holanda con datos de una encuesta nacional en población adulta (NEMESIS, por sus iniciales en inglés). Marín-León y otros reportan una prevalencia mayor de trastornos mentales en la población mayor de 14 años con mayores desventajas socioeconómicas en una ciudad en Brasil [56]. Hallazgos como estos corroboran, para el mundo actual, lo que ya había sido observado años atrás por los estudios de epidemiología y psiquiatría social.

Ante el preocupante problema del incremento en los problemas de salud mental de los jóvenes en Australia, algunos investigadores han comenzado a examinar la relación entre ciertos comportamientos infantiles considerados como precursores de futuros trastornos mentales y los estilos de crianza, con resultados que sugieren que una disciplina demasiado cruel (o en ocasiones demasiado permisiva) durante la crianza y la tensión emocional de la madre se vinculan con esos problemas de conducta infantil [57, 58]. En una revisión de investigaciones sobre los riesgos ambientales que pudieran relacionarse con la ocurrencia de lo que se ha clasificado como trastornos disruptivos del comportamiento en los niños^{**}, Latimer y otros [59] examinan no sólo las situaciones que afectan a la etapa infantil temprana, sino incluso el período prenatal; de los diversos hallazgos que refieren interesa aquí destacar especialmente el papel que le reconocen a las tensiones y ansiedades maternas o de ambos padres, los estilos de crianza y la privación temprana. En otra revisión sistemática de estudios realizados en distintos contextos, Norman y otros [60] encontraron evidencias de relación entre el maltrato infantil (no necesariamente de naturaleza sexual) y la aparición de problemas de salud

^{**} En esta revisión se encontró, por cierto, que entre los autores que se muestran más interesados en estos ángulos del problema figuran algunos ubicados en Gran Bretaña y Australia.

^{**} Grupo constituido por los llamados trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno desafiante oposicional y trastorno de conducta, con todo el debate que en torno a estos diagnósticos puede plantearse.

mental. Y aún cuando su publicación data de finales del siglo pasado, cabe mencionar, por último, el estudio de Bor y otros [61] que hablaba de la mediación de la depresión materna en la asociación entre bajos niveles familiares de ingreso y problemas de comportamiento infantil. Estas son algunas de las relativamente escasas investigaciones que se ocupan, aún hoy día, de las dificultades que se oponen a un desarrollo psíquico sano en un mundo en el que prevalece la violencia, el maltrato, la pobreza y numerosas situaciones más, muy poco propicias para el despliegue de la salud mental de la especie humana.

Con todo lo anterior en mente, queda ahora por abordar la última de las interrogantes planteadas: ¿cuáles son las propuestas que se ofertan a comienzos del siglo XXI para enfrentar la compleja maraña de circunstancias que ha conducido a semejante situación?

Reflexiones críticas sobre las propuestas en boga en la primera década del siglo XXI

Como aquí se ha intentado mostrar, la orientación que predomina en las aproximaciones de la OMS a los trastornos mentales (que es, por cierto, la que se observa también en la mayor parte de los estudios publicados) se centra de manera fundamental en la preocupación por identificar a las personas que sufren este tipo de patología y eliminar todas las barreras que entorpecen su acceso a la atención psiquiátrica, cuya principal oferta consiste en el tratamiento farmacológico [10, 12, 52, 62-65]***.

En cuanto a la salud mental, se habló ya de las dificultades que enfrenta la precisión en la definición de este concepto, y es interesante profundizar en la consideración de sus múltiples ambigüedades [67]. Desde el enfoque aquí cuestionado, se diría que en términos muy prácticos se entendería por salud mental una suerte de “normalidad bioquímica” que tendría que habilitar a los integrantes de las iatrogénicas y complejas sociedades actuales a disfrutar de una vida libre de conflicto y de sufrimiento psíquico, compatible con una adaptación plana, ciega, sometida, incuestionada a las precarias y difíciles circunstancias en las que transcurre, para buena parte de ellos, la existencia.

En la vertiente preventiva, muchos de los documentos revisados, tanto los producidos por los organismos internacionales como los académicos y los de divulgación, reflejan muy poco interés en lo que desde la perspectiva epidemiológica se conoce como *constelaciones causales* que enmarcan la probabilidad

de ocurrencia de cada una de estas perturbaciones. Ya desde las últimas décadas del siglo pasado –con pocas excepciones, una de ellas el estudio compendiado por la OMS en 2004 [16]-, esa preocupación parece haberse visto fuertemente desbancada por el empeño en intervenir ante la presencia ya consumada del padecimiento (la así llamada *prevención secundaria*). Para los organismos internacionales encargados de formular recomendaciones sobre el cuidado de la salud mental, y para los ministerios de salud encargados de atender los trastornos mentales en cada país, lo prioritario ha sido, en las últimas décadas, la atención psicofarmacológica de quienes padecen este tipo de trastornos [27,68]. Para lograrlo, se ha considerado fundamental combatir el estigma que se cierne sobre los afectados, aún cuando como bien lo observa Desviat, “la lucha contra el estigma (...) desaloja al sujeto en beneficio del mercado” [46]. Eso a pesar de que, como con toda razón sostiene este autor, el mercado y los tratamientos farmacológicos estén muy lejos de ser la mejor política para garantizar la salud mental de la población.

Como lo señalaba Rutz [70] en una carta enviada a la revista *Lancet* en 2004, es cierto que el avance en el conocimiento sobre las mediaciones bioquímicas entre mente y cerebro ha sido grande, que hoy se sabe cada vez más sobre el funcionamiento de las endorfinas que intervienen en los distintos momentos de la vida psíquica y que se ha constatado que determinados tratamientos farmacológicos ayudan a quienes padecen alguna enfermedad psiquiátrica. Pero no por ello parece razonable ni tampoco deseable que la solución a los problemas de salud mental fuera la distribución masiva a de medicamentos serotonino-activos. Lo que habría que hacer, dice, es conseguir que nuestras sociedades sean más “serotonino-amigables”, de manera que las personas no se vean sometidas a la pobreza, a la pérdida de su empleo, de su dignidad, de su identidad misma. Si se lograra que todos los integrantes de la población tuvieran garantizadas las condiciones básicas para una vida digna, podría evitarse una porción importante de la psicopatología. Pero los expertos en salud mental, dice este autor, han abdicado de su responsabilidad social al desentenderse de que este es un problema que requiere ser abordado a partir de aproximaciones más abiertas y amplias. Si así lo hicieran, ellos mismos podrían redescubrir su competencia y su responsabilidad frente a los graves desafíos que el mundo actual presenta en esta materia.

Sin embargo, aún en las muy escasas propuestas de *prevención primaria* existentes, las intervenciones que se plantean parecen dirigidas a atenuar, en la medida de

*** Al respecto, no deja de ser interesante la aparición del documento elaborado bajo la conducción de Funk para la OMS publicado en 2004 [66], en donde se reconoce la imperiosa necesidad de proteger los derechos humanos de los discapacitados por motivos de salud mental frente a los abusos de la atención psiquiátrica profesional.

lo posible, los efectos nosógenos de ciertas situaciones bastante habituales en el mundo actual [16, 56,69]. Son propuestas que no van más allá del intento por disminuir lo más oneroso de los efectos nocivos del modo de vida de nuestras sociedades, sin sobrepasar y menos cuestionar los límites de esta modalidad de organización social; más que cambios radicales que trajeran soluciones de fondo, se atiende sólo a algunas de las consecuencias más escandalosas de aquellas situaciones potencialmente amenazantes para la permanencia y funcionalidad de estas sociedades. La idea de buscar una reducción efectiva de los trastornos mentales a través de medidas más profundas, con cambios en la vida social que redundaran en la creación de escenarios menos riesgosos –con lo cual estaríamos en el verdadero corazón del concepto de prevención primaria- parece encontrarse fuera del horizonte.

Como lo han reconocido Shah y otros [71], un serio problema para la planeación en salud pública en materia de salud mental es la carencia de un modelo adecuado para la comprensión del papel que juegan los determinantes sociales para favorecer la aparición de las enfermedades psiquiátricas^{†††}. Y aún en un intento tan interesante como el que ellos emprenden, que apunta a la integración de las evidencias biológicas, genéticas y epidemiológicas de los riesgos individuales y ecológicos para modular el riesgo de desarrollar estos padecimientos, se echa de menos la atención a la pregunta sobre cómo se configuran estas constelaciones en el contexto sociohistórico y cultural en el que surgen.

Conclusión: una propuesta de búsqueda alternativa

Como se ha planteado en trabajos previos, para observar y tratar de entender desde concepciones más amplias, profundas y completas la problemática de salud mental de nuestro tiempo es necesario abrir la mirada hacia orientaciones epistemológicas nuevas [33]. Porque si en algún ámbito se impone con todo su peso el postulado de que se está ante la encrucijada trazada por las dimensiones biológica, psíquica y sociocultural, este es precisamente el de la salud mental y sus perturbaciones [72]. Se trata de una problemática que puede adquirir las más diversas configuraciones en los distintos momentos y lugares. Los conceptos y las definiciones cambian, así como la descripción de los cuadros clínicos y la forma en la que se los interpreta [73], las concepciones etiológicas, las constelaciones de riesgos que les dan origen y también, por supuesto, el tipo de manejo y tratamiento que para ellas se ofrece en cada época. De ahí que para

su estudio no pueda prescindirse de su historización, y de la ubicación de toda propuesta conceptual, clínica, terapéutica y preventiva en el contexto social y cultural del que forma parte.

La renuncia a una indagación más profunda, desde nuevas perspectivas epistemológicas, sobre cómo se constituyen las constelaciones de riesgo que incrementan las probabilidades de ocurrencia de estos problemas para intentar modificarlas, cierra los caminos hacia la construcción de escenarios más favorables para la salud mental de las poblaciones. Es como si no hubiera modo de cuestionar el estado de cosas que prevalece, o como si pretenderlo fuera tan poco realista o tan impráctico que no valiera la pena ni siquiera imaginarlo. Es cierto que los componentes de estas constelaciones de riesgos son muchos, complejos y enigmáticos. Pero hay quienes sostienen –y la autora se cuenta entre ellos- que esa no es una razón válida para renunciar al intento de identificarlos y de modificarlos. Porque al abandonar el empeño por buscar respuestas a la pregunta sobre por qué y cómo se producen este tipo de padecimientos, o al perder esa suerte de fe científica en que esas preguntas podrían ser respondidas, se pierde también la aspiración a la búsqueda de caminos hacia la construcción de mundos menos psicopatogénicos.

El pensamiento crítico ayuda a comprender, por ejemplo, que la distribución desigual del poder, de los ingresos, de los bienes y los servicios a nivel mundial, nacional, regional y local, no es ningún accidente. Al entenderlo así es posible replantear con miradas nuevas la antigua pregunta sobre cómo y por qué se generan las circunstancias que dan lugar a estas inquietantes modalidades de funcionamiento psíquico que hoy etiquetamos como trastornos mentales, que son una de las múltiples expresiones de la vida humana, nunca ajena a las condiciones en las que se configura. Pueden construirse así los cimientos para nuevas propuestas que apunten a una verdadera prevención, a mejores modalidades terapéuticas y a nuevas posibilidades para la inclusión de quienes sufren estos padecimientos dentro de la amplia diversidad de la colectividad humana. Desde miradas alternativas como esta, pueden intentarse también otras concepciones de la salud mental diferentes a las de un “bienestar” que tendría que prevalecer incluso en medio de las condiciones más adversas, como podría ser, por ejemplo, una que incluyera la comprensión de que entre las más valiosas capacidades de los integrantes de la especie humana está la de la creatividad, la posibilidad de dar significados a las experiencias de vida, de construir proyectos para la propia existencia; la capacidad para integrar los aspectos escindidos de sí mismo, para asumir la responsabilidad por los propios

^{†††} Aunque estos autores aluden específicamente a las psicosis, lo mismo podríamos decir de la mayor parte de los trastornos mentales.

deseos y fantasías, para lograr el respeto a los otros, para manejar los sentimientos conflictivos y modular (no anular) la ansiedad, importante motor del crecimiento psíquico, un crecimiento que podría progresar en espiral a lo largo de todo el ciclo vital humano, entre tantas cualidades más que se le abren desde esa dimensión psíquica que caracteriza a la especie.

Los pensadores críticos e independientes no tienen que contentarse con encontrar medidas para atenuar los efectos nocivos del modo de vida en los integrantes de los distintos grupos de las sociedades contemporáneas, en especial los más desfavorecidos. Al estudiar la situación sin desentenderse de la dimensión histórico-política en la que las sociedades se gestan, pueden descifrar cómo los problemas de salud mental que prevalecen son una de las manifestaciones del complejo entramado económico, político y social que se deriva de las “elecciones” que cada civilización ha efectuado, pero que encierran a sus integrantes sólo dentro de los límites de esas elecciones. Su tarea puede ir aún más allá: trabajar en la búsqueda de caminos para la construcción de mundos mejores, con una más equilibrada distribución de la riqueza socialmente producida, con cambios en los irracionales patrones de producción y consumo característicos del modelo de civilización occidental de nuestros días; idear nuevas formas de organización de nuestras sociedades en las que no prevaleciera la tendencia a privilegiar los intereses de los más poderosos sobre los del conjunto de la sociedad, en las que no se tasara todo de acuerdo a su supuesto valor monetario sino que se reconociera, por ejemplo, que hay riesgos económicamente incommensurables porque no existe suficiente dinero para compensar los daños que ocasionan; perseverar en la búsqueda de una sociedad con valores diferentes, en la que hubiera una preocupación solidaria por el cuidado de todos e incluso del planeta en el que todos habitamos. Este grupo de investigadores puede permitirse, así, una toma de posición política frente a la generación de conocimiento y proponer que no necesariamente hay que someterse a la situación que hoy día prevalece, sino que cabe la posibilidad de emprender acciones transformadoras que pudieran conducir a la construcción de realidades diferentes [33].

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
- 2 Fuhr D, De Silva M. Physical long-term health problems and mental comorbidity: evidence from Vietnam 2008; Arch Dis Child 93(8): 686-689.
- 3 Rahman A, Prince M. Mental health in the tropics. Ann Trop Med Parasitol 2009; 103(2): 95-110.
- 4 Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. Lancet 2011; 378(9802): 1592-603.
- 5 Saxena S, Sreen S. No health without mental health: challenges and opportunities in global mental health. Afr. J. Psychiatry 2012; 15(6): 397-400.
- 6 Gillis L, Robertson B, Zabow T, Stein D. No health without mental health: establishing psychiatry as a major discipline in an African Faculty of Health Sciences. S Afr Med J 2012; 102(6): 449-451.
- 7 Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, Rahman A. No health without mental health. Lancet 2007; 370(9590): 859-877.
- 8 Patel V, Garrison P, Mari J, Minas H, Prince M, Saxena S. The Lancet's series on global mental health: 1 year on. Lancet 2008; 372(9646): 1354-1357.
- 9 Patel V, Boyce N, Collins P, Saxena S, Horton R. A renewed agenda for global mental health 2011; 378 (9801): 1441-1442.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales neurológicos y por abuso de sustancias. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 8 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/9789242596205/es/>
- 11 Bass J, Bornemann T, Burkey M, Chehil S, Chen L, Copeland J, Eaton W, et al. A United Nations General Assembly Special Session for mental neurological and substance use disorders: the time has come. PLoS Med 2012; 9(1): e1001159.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [acceso 14 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/publications/action_plan/es/13. American Psychiatric Association.
- 13 Martínez C. Los múltiples significados de la salud. Un recorrido bajo la guía de Canguilhem. En: Martínez C, compiladora. Seis Miradas sobre la salud y su relación con el mundo social. México: Académicos de CBS, UAM-X; 2008. Págs. 35-57.
- 14 Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Salud mental. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [acceso 10 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- 15 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5a. ed. (DSM-5). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 16 Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, y Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. MS, 2004. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [acceso 1 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/WHO_chapter_hr_spanish.pdf.
- 17 World Health Organization. WHO News. Mental health: the needs dwarf the resources. Bulletin of the World Health Organization 2002; 80 (6):523.
- 18 Kohn R, Secar S, Itzhak L, Benedetto S. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82(11): 858-866.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Programa Mundial de acción en Salud Mental. Departamento de salud mental y toxicomanías. Grupo de enfermedades: no transmisibles y salud mental. WHO/

- NMH/MSD/02.1. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [acceso 10 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf
- 20 World Health Organization. Galvanizing mental health research in low- and middle- income countries: role of scientific journals. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82 (3): 226-228.
 - 21 Whiteford H, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904): 1575-86.
 - 22 Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
 - 23 Murray C, Richards M, Newton J, Fenton K, Anderson H, Atkinson C, et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381(9871): 997-1020.
 - 24 Whiteford H, Baxter A. The Global Burden of Disease 2010 Study: what does it tell us about mental disorders in Latin America? *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(2):111-112.
 - 25 Ratnasingham S, Cairney J, Manson H, Rehm J, Lin E, Kurdyak P. The burden of mental illness and addiction in Ontario. *Can J Psychiatry* 2013; 58(9): 529-37.
 - 26 Baxter A, Patton G, Scott K, Degenhardt L, Whiteford H. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One* 2013; 8(6): e65514.
 - 27 National Institute of Mental Health. Mental health: a report of the General. Rockville MD: United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. Center for Mental Health Services. National Institute of Mental Health. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2_1.html (citado el 10 de abril de 2014).
 - 28 Ruiz M, Cirera L, Pérez G, Borrel C, Auduica C, Moreno C et al. Comparabilidad entre la novena y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la codificación de la causa de muerte en España. *Gac Sanit* 2002; 16(6): 526-532.
 - 29 Howard D, Thorpe K, Busch S. Understanding recent increases in chronic disease treatment rates: more disease or more detection? *Health Econ Policy Law* 2010; 5(4): 411-435.
 - 30 International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlatos of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(4): 413-426.
 - 31 Kessler R, Ustün T. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13(2): 93-121.
 - 32 Kessler R. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (4): 464-474.
 - 33 Martínez C. Abrir la epidemiología. En: Eibenschutz C, Tamez S, González, R, compiladores. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Colección Abate Faria 8; 2011. Págs. 71-90.
 - 34 Acero M, Caro I, Henao L, Ruiz L, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2013;31: 103-110.
 - 35 Caraveo J. La vigilancia epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental. *Salud ment* 1985; 8(2): 20-22.
 - 36 Scharager J, Contreras L. Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(2): 83-92.
 - 37 Torricelli F, Barcala A. Epidemiology and mental health: an imposible analysis in Buenos Aires city. *Vertex* 2004; 15(55): 10-19.
 - 38 Skultans V. The appropriation of suffering: psychiatric practice in the post-soviet clinic. *Theory Culture Society* 2007; 24: 27-48.
 - 39 Bosi ML, Melo AK, Carvalho LB, Ximenes VM, Godoy MG. Social determinants for health (mental): evaluating a non-governmental experience from the perspective of actors involved. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 Suppl 2:126-35.
 - 40 Béhague DP, Gonçalves H. Exploring multiple trajectories of causality: collaboration between Anthropology and Epidemiology in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saude Pública*. 2008 Dec; 42 Suppl 2:115-23.
 - 41 Leavell H, Clark G. Preventive medicine for the doctor in his community. Nueva York: McGraw Hill; 1965.
 - 42 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3a. ed. (DSM-3) Washington D.C American Psychiatric Association; 1980.
 - 43 Ionescu S. Catorce enfoques de la psicopatología. México: Fondo de Cultura Económica, Breviario 527; 1994.
 - 44 Mora G. The history of psychiatry in the United States: historiographic and theoretical considerations. *History of Psychiatry* 1992; 3: 187-201.
 - 45 Mora G. The American Psychiatric Association 1844-1994: International perspectives. *History of Psychiatry* 1997; 8: 121-148.
 - 46 Stolkiner A, Gómez SA. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex* 2012; 23(101):57-67.
 - 47 Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4615-4621.
 - 48 Bebbington P, Bhurgra D, Brugha T, Singleton N, Farrel M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004; 185:220-226.
 - 49 Agius M, Ward C. The epidemiology of psychosis in Luton. *Psychiatr Danub* 2009; 21(4): 508-513.
 - 50 Reininghaus U, Morgan C, Simpson J, Dazzan P, Morgan K, Doody G, et al. Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(9):743-751.
 - 51 Hickling F, Hutchinson G. Caribbean contributions to contemporary psychiatric psychopathology. *West Indian Med J* 2012; 61(4): 442-446.
 - 52 González-Pinto A, Ruiz de Azúa S, Ibáñez B, Otero-Cuesta S, Castro-Fornieles J, Graell-Berna M, et al. Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Res* 2011; 186(1): 28-33.
 - 53 Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(8): 609-615.
 - 54 McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the

- distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004; 2:13.
- 55 Peen J, Dekker J, Schoevers R, Have M, de Graaf R, Beekman A. Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(12): 984-989.
 - 56 Marín-León L, Oliveira H, Barros M, Dalgarrondo P, Botega N. Social inequality and common mental disorders *Rev. Bras. Psiquiatr* 2007; 29(3): 250-253.
 - 57 Bayer J, Rapee R, Hiscock H, Ukoumunne O, Mihalopoulos C, Clifford S, Wake M. The Cool Little Kids randomised controlled trial: Population-level early prevention for anxiety disorders. *BMC Public Health* 2011; 11:11.
 - 58 Bayer J, Ukoumunne O, Mathers M, Wake M, Abdi N, Hiscock H. Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46(7): 659-668.
 - 59 Latimer K, Wilson P, Kemp J, Thompson L, Sim F, Gillberg C, et al. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child Care Health Dev* 2012; 38(5): 611-28.
 - 60 Norman R, Byambaa M, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9(11): e1001349.
 - 61 Bor W, Najman J, Andersen M, O'Callaghan M, Williams G, Behrens B. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31(5): 664-75.
 - 62 World Health Organization. *Mental Health Atlas 2011*. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [acceso 20 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
 - 63 Kessler R, Berglund P, Bruce M, Koch J, Laska E, Leaf P, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research* 2001; 36(6): 987-1006.
 - 64 Caldas de Almeida J. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18(4-5): 314-326.
 - 65 Periago M. Mental health: a public health priority in the Americas. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18(4-5): 226-228.
 - 66 Organización Mundial de la Salud. La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. 2004. [Documento en Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [acceso 1 de diciembre de 2014].
 - 67 Diego A, Restrepo O, Juan C, Jaramillo E. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2012; 30(2):202-211.
 - 68 Ustün T. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health* 1999; 89(9): 1315-1318.
 - 69 Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *Eur Psychiatry* 2012; 27(2): 81-6
 - 70 Rutz W. A need to rethink social psychiatry in Europe. *The Lancet* 2004; 363.
 - 71 Shah J, Mizrahi R, McKenzie K. The four dimensions: a model for the social aetiology of psychosis. *Br J Psychiatry* 2011; 199(1):11-14.
 - 72 Córdova A, Leal G, Martínez C. Críticas sobre la reducción positivista de la corporeidad. En: Pérez-Rincón H, editor. *Imágenes del cuerpo 1ª*. Ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
 - 73 Álvarez J. *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos; 2008.