

**ARTICULO****Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras**

Renato D. Alarcón.

Mayo Clinic College of Medicine; Unidad de Trastornos Afectivos, Mayo Psychiatry and Psychology Treatment Center, Rochester, Minnesota, EE.UU.

Correspondencia: Renato D. Alarcón  
E-Mail: [alarcon.renato@mayo.edu](mailto:alarcon.renato@mayo.edu)

**RESUMEN**

Los dos componentes fundamentales del título de este trabajo -Salud Mental y América Latina- requieren definiciones más o menos precisas a pesar de su pretendida claridad o aceptación generalizada. Luego de esta delineación conceptual, el texto pasa a examinar las “luces y sombras” de la salud mental en el continente. A descripciones socio-demográficas y temas de infraestructura seguirán análisis de tipo histórico y de los logros heurísticos de la psiquiatría latinoamericana. Las deficiencias en áreas de servicios, enseñanza y adiestramiento de profesionales y en componentes de políticas de salud mental en países latinoamericanos, con un contradictorio telón de fondo dado por la macro-estructura social, constituyen la última parte del ensayo. La discusión y conclusiones asisten finalmente en la elaboración de una mirada al futuro de la salud mental en América Latina.

**Palabras clave:** salud mental, América latina, psiquiatría.

**ABSTRACT****Mental Health in Latin America**

The two fundamental components of the title of the current paper—Mental Health and Latin America—call for definitions more or less precise despite its purported clarity or general acceptance. After this conceptual clarification, the text examines the “lights and shadows” of mental health in the continent. Social demographic descriptions and infrastructural themes will be followed by a historical-type analysis and heuristic achievements of Latin-American psychiatry. The deficiencies in the areas of services, teaching and training of health professionals, along with the inadequacies of mental health policies in Latin-American countries, within a contradictory context, the social macro-structure, constitute the final part of the essay. The discussion and conclusions finally

contribute to the development of a futuristic look at mental health in Latin America.

**Key words:** mental health, Latin America, psychiatry.

**El concepto de américa latina.** El nombre mismo de América Latina refleja un modo de pensar geopolítico y cultural que puede deberse más a la conveniencia de su uso popularizado que a parámetros de verdad estricta. América Latina abarca a países originalmente colonizados por países europeos del Mediterráneo occidental (primariamente España y Portugal, secundariamente Francia) que derivaron sus lenguas de la mezcla del latín vulgar con los dialectos bárbaros y produjeron una familia de idiomas que se conocen hoy como lenguas romances o latinas (1). El término abarca también los conceptos más restringidos de Iberoamérica (territorios que formaron parte de los reinos de España y Portugal en la Península Ibérica), e Hispanoamérica (porción de América colonizada únicamente por España, con el castellano como lengua común). Ha superado también en uso y fortunas a otros términos tales como América Morena, América Mestiza, Indoamérica o Amerindia. Geográficamente, América Latina se extiende del Río Grande en el norte (borde de Estados Unidos con México) a Tierra del Fuego en el sur, flanqueada por los océanos Pacífico (oeste) y Atlántico (este) y la hoya caribeña en el cono norte de Sudamérica.

En su inmenso territorio (de casi 20 millones de km<sup>2</sup>), asiento de culturas nativas que alcanzaron enorme desarrollo antes de ser subyugadas por el conquistador ibérico entre los siglos XVI y XIX, las áreas metropolitanas resultantes del dominio colonial y de un desigual proceso independentista se convirtieron en subsidiarias fáciles y débiles, primero, del gobernante de ultramar y después de los “superpoderes” luchando por la hegemonía global durante buena parte del siglo XX. Otra característica de este continente, a despecho de profundas semejanzas socio-demográficas, culturales e idiomáticas, es su heterogeneidad, paradójicamente extendida a las mismas áreas, además de la económica. Que existen diferencias entre el argentino bonaerense o el mexicano de Oaxaca, entre el peruano nacido en el Cusco y el nicaragüense en Managua es tan cierto como que hay también diferencias a veces muy marcadas entre gentes nacidas en zonas distintas y distantes dentro de un mismo país.

Convencionalmente, se suele “regionalizar” el territorio y se habla entonces de México y/o América Central, Sudamérica (a su vez dividida en conos norte y sur, o aún más, zonas andina, caribeña o platense sin excluir la América Española y la Portuguesa representada por el país más grande del continente, Brasil). El proceso de mestizaje, laborioso y lento, se prolonga aun hasta nuestros días bajo influjos diversos en una búsqueda a veces angustiada, a veces indolente, en ocasiones promisorias y firmes, en otras vacilantes y mediatizadas (2). Si a ello se unen persistentes desigualdades económicas, educacionales y laborales, amén de la debilidad de modelos políticos y estrategias gubernamentales y el

casi indetenible proceso de globalización (nutrido por migraciones internas y externas de todo orden) (3), la identidad de América Latina y de sus pobladores puede ser a la vez ambigua y dilemática (4).

**El concepto de salud mental.** Salud Mental se acoge a la noción genérica de Salud Pública y, por ello, entraña la aplicación pragmática de conocimientos de diversa índole (clínica, epidemiológica, neurobiológica, socio-cultural y de investigación básica, los más importantes) destinada al desarrollo normal y mantenimiento enterizo de facultades y funciones cognitivo-emocionales y de su expresión conductual, tanto a nivel individual como colectivo, societal o comunitario. Esta normalidad, evaluada y medida sistemáticamente desde diversos ángulos tiene también, como objetivo prioritario, una consistente y deseablemente mejor calidad de vida basada en un funcionamiento armónico del “cuerpo social”. La Salud Mental incluye asimismo labores de prevención de problemas mentales o de conducta e iniciativas de promoción de la salud general cuyas repercusiones en la vida emocional de las personas son cada vez más incontrovertibles (5, 6). *Last but not least*, su materialización debe ser objetivo común de todos los sectores sociales, económicos y políticos articulados por políticas gubernamentales sólidas y normas administrativas coherentes.

La historia de la Salud Mental, si bien intuída a lo largo de centurias, no es tan extensa como la de las disciplinas clínicas que le dan sustento, en particular la psiquiatría. El diagnóstico temprano de cualquier tipo de trastorno mental o emocional facilita un tratamiento de resultados previsiblemente más favorables y la eventual prevención de recaídas o complicaciones serias. El psiquiatra se erige a veces en el líder *de facto* de equipos multidisciplinarios de salud mental y trabaja en escenarios clínicos diversos: hospitales generales y especializados, consultorios externos, oficinas privadas, centros comunitarios. Es en estos últimos donde probablemente se plantean las posibilidades y acciones más concretas de Salud Mental tal como se le define arriba. La llamada Psiquiatría de Comunidad (7, 8) fue en su momento la expresión más preclara de una nueva visión en la provisión de salud; aun cuando sus principios no cristalizaron en logros duraderos o globales, su validez y vigencia no han sido cuestionadas. Uno de sus rasgos más sugestivos es, sin duda, su apertura a todo tipo de iniciativas clínico-terapéuticas, desde las clínicas ambulatorias de medicamentos genéricos hasta la práctica de terapias tan diversas como la de apoyo, cognitivo-conductual o psicodinámica (esta última, representada por la llamada “comunidad terapéutica” (9).

Medina (10), traza un panorama histórico de la Salud Mental cuyo acmé se identifica con la creación de la Organización Mundial de la Salud, en 1946. El mundo, reponiéndose de la convulsa y sangrienta 2ª. Guerra Mundial, adoptó decididamente el postulado de “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, consagrando de ese modo la ya aludida integración salud pública/salud mental. Cita la creación del “estado benefactor” o activista como fase relevante de un nuevo proceso de cobertura integral de necesidades, más allá de un mero rol organizador

(administrativo) de la salud pública y de la seguridad social. El subsecuente desarrollo de la Atención Primaria de Salud fue oficializado en la célebre Conferencia de *Alma Ata*, Asia Central, en 1978. La Atención Primaria enfatizó las interrelaciones entre calidad de salud y bienestar, con métodos y tecnologías prácticas accesibles y aceptables por parte de gobiernos y comunidades; igualmente, fomentó el rediseño de políticas institucionales del Sector Salud en niveles de creciente complejidad y la integración con otros campos de la salud en general, y de la medicina en particular.

En América Latina, la historia de la Salud Mental debe distinguirse también de la historia de la psiquiatría como tal. Ésta puede situarse aun en la era pre-colombina (con las efectivas prácticas folklóricas de incas o aztecas) o tener su origen concreto en la apertura del Hospital San Hipólito, el primer nosocomio psiquiátrico en el continente, en Ciudad de México el año 1566 (11). Pero la Salud Mental en los términos ya señalados, tiene su origen en el establecimiento de divisiones o programas específicos dentro de la oficina regional de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington DC. La OPS, liderada al tiempo de su fundación por el notable salubrista chileno Abraham Horwitz, convocó el Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental en Ciudad de México, en noviembre de 1962, luego de un encuentro preliminar en Cuernavaca (1960). El segundo Seminario tuvo lugar en Buenos Aires, en 1963, seguido por la Conferencia sobre Salud Mental en las Américas (San Antonio, Texas, 1968) y reuniones de Ministros de Salud de las Américas durante la década de los años 70. En todas ellas, los temas de provisión, estructura y calidad de servicios en salud mental, comprobaciones epidemiológicas y clínicas, fuerza de trabajo, enseñanza e investigación, aspectos financieros y operativos y colaboración internacional ocuparon lugar prominente (12).

La Declaración de Caracas en 1990 (13) reiteró que la atención psiquiátrica convencional no era compatible con una necesaria asistencia comunitaria descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Sus iniciativas recibieron decidido respaldo de las entidades directrices de la salud en el continente con sugerencias específicas en relación al desarrollo de programas nacionales de salud mental, reorientación de servicios institucionales a comunitarios, campañas de control de trastornos afectivos, epilepsia y psicosis, promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de los niños, incremento de centros de adiestramiento profesional y mejora de la legislación y regulaciones para la protección de los derechos humanos (14).

En noviembre de 2005, se celebró en Brasilia otra Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental y tres años después el 48º. Consejo Directivo de la OPS, celebrado en Washington DC, aprobó el Plan estratégico 2008-2012 centrado, entre otros objetivos, en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia e injurias y lesiones físicas. De otro lado, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (15)

propone ocho áreas de acción: reforzar la autoridad de las agencias nacionales de salud, examinar los determinantes socio-económicos de la salud, incrementar la protección social y el acceso a servicios, disminuir las desigualdades en cuidado de la salud dentro de cada país y entre los países de la región, reducir riesgos y carga de enfermedad, desarrollar la fuerza de trabajo en el sector salud y utilizar apropiadamente conocimientos de ciencia y tecnología, todo ello dentro de un elevado contexto bioético. Finalmente, dos iniciativas a nivel global pueden tener impacto favorable en el devenir futuro de la salud mental en Latinoamérica: el llamado de la revista médica inglesa *The Lancet* para acciones internacionales bien planeadas y medidas con parámetros específicos (16) y el *Mental Health GAP*, programa de acción para superar las brechas de la salud mental, concebido por la OMS para mejorar la capacidad de respuesta de los estados miembros a los crecientes retos en este terreno (17).

**La salud mental en américa latina.** Las cifras demográficas a nivel mundial muestran que en 1950, había 86 ciudades con más de un millón de habitantes; hoy hay cerca de 400 y se pronostica que para el año 2015 habrán por lo menos 550, con casi 100 de ellas en América Latina (18). Sólo la población urbana en el momento actual (3 billones) es mucho más grande que lo que fue la población total en el mundo el año 1960. Las áreas rurales mientras tanto, alcanzarán su población máxima a nivel mundial (3,3 billones) en 2020 y sólo entonces comenzará a declinar. En consecuencia, la población mundial del futuro se agolpará fundamentalmente en las ciudades. El pico de tal población, 9 billones, se espera para 2050, con casi 800 millones en América Latina, 221 de los cuales vivirán en Brasil, 150 en México y 53 en la Argentina. Más revelador aún, 95 % de la población mundial vivirá en áreas urbanas de países “en desarrollo”, cuya población se duplicará a cerca de 4 billones en la siguiente generación. En el año 2001, 924 millones de personas vivían en barrios pobres o *slums* y por lo menos la mitad tenía menos de 25 años de edad. El resultado más llamativo de este proceso será la multiplicación de mega-ciudades (con poblaciones en exceso de 8 millones), por lo menos 18 en el continente latinoamericano y, más dramático aún, de hiper-ciudades con más de 20 millones de habitantes. En América Latina, Ciudad de México, Sao Paulo y Buenos Aires serán hiper-ciudades (19, 20).

Se ha afirmado muchas veces que América Latina es un continente joven. Aun en las circunstancias actuales, en que se observa ciertas tendencia a cifras crecientes de adultos y adultos mayores, más del 40 % de la población contemporánea de 569,2 millones tiene 21 años o menos y sólo 10 % son mayores de 60. A su turno, en 2005 se estimaba una población adulta (mayor de 15 años de 392 millones (191 millones de hombres y 201 millones de mujeres) en América Latina y el Caribe. La expectativa de vida en hombres es de 68,7 años, y en mujeres, 74,1 años (21). El Banco Mundial ha producido cifras alentadoras (22). La población por debajo del nivel de pobreza en 2007 fue 31,7 %, 44 % menos que en 1990, con un total de 52 millones emergiendo de aquél en el periodo 2000-2007 y pronósticos de reducción del porcentaje restante a la mitad,

alrededor del 2015. En los últimos cinco años, América Latina ha experimentado un 5 % de crecimiento económico anual, es entre las regiones en vías de desarrollo, la que muestra niveles más altos de expectativa de vida e ingreso per capita. Igualmente, el nivel de analfabetismo ha disminuído de manera considerable, llegando en algunos países a solo un 10 % de la población, al igual que el de migraciones internas dentro de países y entre países.

El background general de la salud en el continente, no sería completo sin la estipulación de lo mucho que queda por hacer. Los fenómenos de “exclusión social” en base a edad, raza, etnicidad y discapacidad persisten (en particular entre los 50 millones de miembros de poblaciones indígenas a lo largo del continente). A cambios climáticos evidentes con secuelas tales como deforestación, erosión y desertificación, el crecimiento casi caótico en las áreas urbana e industrial genera potenciales riesgos de salud. Los sistemas y subsistemas de cobertura muestran aún modos diferentes (y en casos, deficientes) de funcionamiento, formas de afiliación y estándares de atención (23).

**Investigaciones en Epidemiología General.** Mari, et al., (24) describen hasta tres fases en el proceso de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica en el continente. La primera incluye el estudio del llamado “síndrome psicósomático de desadaptación” descrito en migrantes andinos del Perú vecindados fundamentalmente en zonas marginales de Lima (25), además de encuestas epidemiológicas en otras zonas cercanas a Lima, y en ciudades de Colombia, Uruguay, Costa Rica, México y Chile. Sólo en este último país se enfatizó la representatividad de las muestras y la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. La segunda fase se basó en la elaboración de instrumentos estandarizados, entrevistas y cuestionarios de tamizaje debidamente validados, siguiendo modelos norteamericanos.

Los mismos autores presentan una densa tabla que agrupa todos los estudios epidemiológicos recogidos por la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) entre 1999 y 2008. La lista cubre un total de seis países (Brasil, Chile, México, Perú, Colombia y Uruguay) y analiza estudios transversales (centrados en temas tales como violencia doméstica, depresión o consumo de alcohol, tabaco y drogas), casos y controles y pruebas controladas aleatorias. Tal como puede esperarse, las tasas encontradas en diferentes renglones tienen rangos bastante amplios. Así, la prevalencia general de enfermedades mentales oscila entre 18 y 36 %, la de depresión entre 9 y 27 %, alcoholismo 7 a 57 % (de acuerdo al tipo de muestras), abuso de drogas 9 a 19 %. Los investigadores enfatizan la ausencia de estudios de cohortes, de casos y controles o de estudios longitudinales, especulando que los autores latinoamericanos no publican en revistas del continente y preferirían hacerlo en Europa o Norteamérica.

Una revisión similar de estudios epidemiológicos, centrados sin embargo en poblaciones adultas, arroja resultados similares (26). En tanto que la utilización de nomenclaturas modernas y de instrumentos más sofisticados ha permitido mayor precisión diagnóstica, las cifras de prevalencia no parecen variar sustancialmente en cuanto a rango de morbilidad y diferencias demográficas. Esquizofrenia, por ejemplo oscila entre el convencional 1 % y un bastante alto 3 % de prevalencia, psicosis afectivas entre 4 y 8 %, depresión entre 3,5 y 8 %, trastorno bipolar entre 0,5 y 1,3 %, trastorno por estrés post-traumático entre 0,6 y 4,6 y ansiedad generalizada entre 1,3 y 5,3 %. Abuso o dependencia a alcohol llega a 11,3 % de prevalencia de vida, y de drogas a 2,1 %. En términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), los trastornos neuropsiquiátricos llegan a un 8 % en el continente. En el año 2002, las discapacidades causadas por enfermedades neuropsiquiátricas ascendieron a 22,2 % y los años de vida sana perdidos por discapacidad (APD), a un alarmante 40,4 %, con los trastornos depresivos representando un 13,2 % de este total.

Es importante mencionar también los hallazgos de las encuestas llevadas a cabo desde 1996 por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE en su sigla en inglés) en 27 países de todas las regiones del mundo, cuatro de ellos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú) (27). En Sao Paulo, Brasil (28) fobias mostraron una prevalencia total de 18,3%, episodio depresivo mayor, 17,7 y trastornos bipolares, 2,3 %, y abuso y dependencia a alcohol, 12,6 %. No hubo registros de esquizofrenia y otras psicosis, demencias y psicosis no afectivas. En un estudio comparativo con Brasilia y Porto Alegre, la muestra de la capital brasileña mostró cifras consistentemente más altas de prevalencia en los trastornos estudiados (29). La “demora en el tratamiento” es un fenómeno aplicable prácticamente a todos los países latinoamericanos en los que se ha prestado alguna atención a este aspecto del decurso mórbido de los pacientes con trastornos mentales. La “carga” adicional de enfermedad, su costo económico y la discapacidad asociada tanto para el individuo como para la familia confiere a tal fracaso en la provisión de servicios un costo de magnitud incalculable.

En Colombia, 4,426 personas “con hogar”, residentes en zonas urbanas de 25 departamentos de cinco regiones geográficas fueron sujetos de la encuesta (30). La prevalencia de vida para “cualquier trastorno de ansiedad” fue del 25,3 %, a predominio de las fobias; “cualquier trastorno afectivo” arrojó una cifra de 14,6 %, 12 % con trastorno depresivo mayor y 2,6 %, trastorno bipolar; “cualquier trastorno impulsivo”, 9,6 %, abuso de alcohol 9,2 % y de “cualquier sustancia”, 9,6 %. El 23,7 de los trastornos mentales detectados fueron clasificados como “graves” y, sin embargo, sólo el 27,8 % recibió algún tratamiento.

Finalmente, en México, las cifras de prevalencia global de vida para trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias fueron 1,6; 1,4 y 1,7 %, respectivamente, con 4 % para “cualquier trastorno” (31). La severidad de los casos varía en función de diagnóstico (abuso de

sustancias. trastornos impulsivos y depresiones con conducta suicida, los más graves) y género (depresión y adicciones más severas en varones, ansiedad en mujeres, cifras similares en trastornos impulsivos). Fueron llamativos los resultados en cuanto a trastorno por estrés post-traumático y secuelas de victimización y violencia, en general. Finalmente, médicos generales (6,5 %) y profesionales de salud mental (6,4 %) fueron consultados preferentemente, los psiquiatras sólo en 4.4 % de casos. Otro estudio mexicano (32) reveló cifras mucho más altas de prevalencia de vida ( 51,3 %) de los trastornos estudiados en una muestra de 3.005 adolescentes, entre 12 y 17 años de edad; aparte de la posibilidad de sesgos de memoria, este hallazgo puede reflejar una genuinamente alta morbilidad con todos los riesgos que ello implica.

En una revisión reciente, Vicente, et al., (33) puntualizan las contribuciones chilenas en estudios de prevalencia, discapacidad, grupos etarios, provisión de servicios y gravedad de los trastornos a lo largo de los últimos 16 años. Al lado de una alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos, se han comprobado deficiencias en oportunidad e intensidad de intervenciones de tratamiento a pesar de un número mayor de camas psiquiátricas en comparación con otros países de la región, de una mejor preparación de sus profesionales, mayor énfasis multidisciplinario y mejores disposiciones de planificación y administración de servicios de salud. En el momento actual, depresión y esquizofrenia son enfermedades que requieren atención prioritaria en servicios públicos de salud con costo mínimo para los pacientes, política de indudables beneficios para sectores necesitados de la población.

La carga de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe está en aumento. Si bien ello puede ser resultado de la transición de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas en el renglón epidemiológico, otros factores pueden ser la emergencia de nuevos trastornos emocionales o conductuales como la violencia o la infección por SIDA, el incremento sostenido de adicciones múltiples o la estructura poblacional cambiante con segmentos crecientes del subsector joven. Es revelador que, en algunas áreas, las cifras de prevalencia son cercanas a las de los llamados países desarrollados.

**Epidemiología Especial. Alcohol y Drogas.** A lo largo de esta revisión, la relevancia de los problemas de abuso de alcohol y drogas es innegable. Monteiro et al. (34) examinan la epidemiología de estos trastornos en América Latina y el Caribe, comprobando realidades lacerantes. Guarismos de AVAD indican que el alcohol es el “principal factor de riesgo” en este aspecto. El consumo per cápita de alcohol es tan alto como 10,5 litros de alcohol puro en Argentina, con 3,6 el más bajo, en Nicaragua. El consumo per cápita por bebedor es de 5,2 litros en Nicaragua a 21,4 en Honduras. El consumo de alcohol en jóvenes escolares entre 14 y 17 años de edad supera el 45 % “en el año anterior” en 7 de 14 países y el 55 % “durante la vida” en 11 de los mismos 14 países.

En cuanto al uso de drogas ilícitas, Brasil es considerado el mayor mercado para opiáceos en América del Sur, en tanto que heroína es la sustancia inyectable más frecuentemente usada entre pacientes mexicanos. En Chile y México, como probablemente en cualquier otro país donde se hicieran estudios similares, más de dos tercios de poblaciones carcelarias tienen historia de abuso de múltiples drogas. El consumo promedio de cocaína en muchos países es de alrededor del 2,5 % en la población general, y de cannabis, 4,8 % con cifras más altas en “los últimos 12 meses” y en sub-muestras de alumnos universitarios o de escolares a punto de graduarse. En general, sin embargo, la estimación de tendencias claras a corto plazo no es posible dada la escasez de datos y la falta de estudios comparativos y de sistemas adecuados de monitorización. Es legítimo especular que la tendencia epidémica del Sida, bajos niveles de cobertura, respuesta débil al tratamiento y factores socio-económicos de indudable vigencia pueden hacer de este problema una más grave amenaza para la salud pública en los países de la región.

**Suicidio.** A pesar del subregistro de la mortalidad por suicidio en general y de la relativa escasez de publicaciones detalladas, existe evidencia en Latinoamérica, del mayor riesgo de este flagelo en poblaciones jóvenes. En América del Sur, las tasas de suicidio varían de 0,7 por 100,000 habitantes en Bolivia a 15,9 por 100,000 en Uruguay. En el Caribe, las tasas fluctúan de 0,1 por 100,000 en Jamaica a 23,1 en Guyana. En 2005, los índices globales en América Latina y el Caribe ascendían a 6,8 por 100,000 habitantes, 10,8 en varones, 2,8 en mujeres. En Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay más no en Ecuador, los índices de suicidio aumentan con la edad entre los varones. Las tasas de suicidio en hombres han aumentado significativamente en el continente en el periodo 1990-2005, particularmente en Uruguay (35). El Salvador y Puerto Rico se distinguen por una disminución significativa de suicidios en la última década y media, y Perú por tener las tasas más bajas en términos generales.

La asfixia por ahorcamiento parece ser el método más frecuente en la comisión de suicidio en todos los países, con excepción de los del Caribe no latino, donde el envenenamiento (con plaguicidas, por ejemplo) ocupa el primer lugar. En América del Sur, las armas de fuego son la primera modalidad en Argentina y México y la segunda en países como Cuba, Nicaragua, Paraguay. En el Caribe no latino, suicidio por quemaduras es el principal método entre las mujeres. Métodos violentos figuran de modo prominente en Uruguay. Sobredosis de medicamentos es una modalidad relativamente infrecuente en los estudios llevados a cabo. Finalmente, las conductas llamadas pre-suicidas tales como ideación suicida, planes o gestos previos de auto-agresión (daños o lesiones) son un indicador importante que va del 4 al 40 % en poblaciones (fundamentalmente jóvenes) de varios países latinoamericanos (36, 37).

**Discapacidad intelectual o cognitiva.** Vásquez Barrios (38) analiza este aspecto de la salud mental en las Américas. El concepto incluye entidades tales como retardo mental, incapacidad o discapacidad

intelectual, trastornos de aprendizaje y subsecuentes conductas maladaptativas. En la población general, este tipo de discapacidades exhibe una prevalencia de 1,1 en Paraguay a 14,5 % en Brasil (circa año 2000). Las cifras, sin embargo, son cuestionables cuando se ve, por ejemplo, que Haití y Chile muestran una prevalencia similar (2 %) a pesar de notorias diferencias en programas de servicios, planificación e investigación y en parámetros tales como nutrición, prevención y promoción de salud. A manera de confirmación, otro estudio de prevalencia en Chile, durante el periodo 2002-2006 resultó en un aumento de la prevalencia 12,9 %. Las cifras aumentan cuando se examina específicamente el tipo de discapacidad (intelectual, cognitiva, mnemónica, problema de aprendizaje, de desarrollo, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, etc.).

**Poblaciones indígenas.** Se estima que la población indígena de América Latina y el Caribe asciende a 50 millones de personas que utilizan 400 diferentes idiomas y residen fundamentalmente en México, Centroamérica y la subregión andina de América del Sur (39). Remanentes de una gran variedad de culturas precolombinas, los países con mayor población indígena (40 a 70 %) son Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú con una mayoría de la misma residiendo en zonas rurales. Las circunstancias socio-económicas, educacionales y laborales de estas poblaciones son significativamente precarias y las consecuencias de todo ello en el área de la salud, enteramente predecibles. El ejemplo más elocuente está dado por la altísima ocurrencia de migraciones internas (generalmente, de áreas rurales a urbanas) con el consiguiente fraccionamiento de la estructura familiar en países azotados por desastres naturales, guerras civiles, terrorismo y violencia de todo tipo.

Las consecuencias de estas realidades socio-políticas en poblaciones nativas son, en casos, devastadoras. La prevalencia de trastorno por estrés post-traumático ha llegado al 8-12 % en algunos estudios (40) en Guatemala (poblaciones de ascendencia maya) y Perú (quechua), por ejemplo. Ansiedad y síntomas depresivos son también sumamente frecuentes. En mapuches de Chile, si bien fobias y drogo-dependencia parecen ser menos prevalentes, la prevalencia de psicosis sí es alta (41). Finalmente, el consumo de alcohol, violencia doméstica y suicidio son condiciones de alta morbilidad, complicada más aún por factores culturales (tradiciones y rituales religiosos) de profunda significación (42).

Kohn y Rodríguez (39) evalúan también una serie de estudios en esta área y encuentran algunos resultados sorprendentes. Por ejemplo, la capacidad de reconocer personas con síntomas mentales, en particular los más serios, es tan alta como la pre-disposición estigmatizadora prevalente en poblaciones no indígenas, aun cuando esto último muestra una relación directa con el nivel de aculturación. No sorprende, en cambio, que el más alto porcentaje de casos no tratados se encuentre en estas poblaciones, reflejo de su escaso acceso a servicios de salud. No deja de llamar la atención que la rica tradición antropológica de América

Latina no haya producido más material heurístico (43), aun cuando es también probable que la literatura “médica” y aun la psiquiátrica en el continente no acojan con el debido interés, contribuciones de tipo cultural.

**Niños y adultos mayores.** La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia dentro de los países de la región latinoamericana y del Caribe se ubica en el promedio mundial y debajo de la de algunos países desarrollados (44). Una estimación conservadora de cifras señala por lo menos 53 millones de niños, adolescentes y jóvenes de ambos sexos que requieren atención de salud mental en los países de la región. Diez estudios en seis países, llevados a cabo entre 1982 y 1999 proporcionaron un indicador de prevalencia de vida del 15 al 20 % (45); las muestras, sin embargo, no fueron representativas y los instrumentos utilizados no fueron adecuadamente estructurados. La prevalencia aumenta cuando se incluyen adolescentes, a predominio de cuadros de ansiedad y de conducta en niños, y de depresión, ansiedad y conducta desafiante, en adolescentes. Se ha mencionado ya la alta frecuencia del uso de alcohol y drogas y de conductas suicidas en poblaciones jóvenes del continente. En otro estudio (26) la prevalencia de retraso mental debido a intoxicación crónica por plomo en niños de 0 á 4 años fue 23 %.

Factores sociales determinantes de estos tipos de riesgo incluyen pobreza, fragmentaciones familiares, niños “sin techo” que viven o “trabajan” en las calles, embarazo adolescente, matrimonios tempranos e historia de victimización por violencia doméstica, verbal, sexual o física. La mortalidad por homicidio en jóvenes de 10 a 24 años es mayor que en la población adulta: nueve de 16 países latinoamericanos mostraron un aumento de estas tasas durante la década 1980-1990. Por otro lado, los datos de prevalencia con que se cuenta en la región abren la posibilidad de más y mejores factores de protección, en comparación a países desarrollados; el estudio de estos factores (y su repercusión en la llamada resiliencia) es mandatorio.

La situación en relación a los llamados adultos mayores muestra semejanzas y diferencias con la de su contraparte etaria. Una revisión de estudios epidemiológicos en este tipo de población llevados a cabo entre 1994 y 2008 (29), reveló un rango de prevalencia entre 4.3 y 29 %. Delirio y síndrome depresivo muestran los niveles más altos de prevalencia (25 y 5-20 %, respectivamente), con distimia y esquizofrenia entre los más reducidos (2 y 1 %, respectivamente) (46). El delirio o estado confusional agudo es una causa frecuente de admisión a servicios de medicina general o especializados (geriátrica), con tasas altas también en estadíos post-operatorios; está asociado a un pronóstico pobre, con un 10.6 % de incremento de mortalidad subsecuente. Trastornos delusivos (indicadores de probables cuadros psicóticos no-esquizofrénicos) ascienden a 10 % en personas de edad avanzada, y las tasas de cuadros afectivos (depresión) se vinculan estrechamente con las de ideas y conductas suicidas (30 y 42.9 %, respectivamente). Los trastornos del sueño (reducción de número de horas y calidad) varían entre 10 y 44 %. La comorbilidad múltiple es altamente predecible: por

ejemplo 56-72 % para fibromialgia y trastornos del sueño, 50-60 % para problemas del sueño con trastornos digestivos, hipertrofia prostática, insuficiencia cardíaca o artritis reumatoide, y 57,5 % para trastornos depresivo-ansiosos con enfermedades oftalmológicas progresivas.

La demencia ocupa, naturalmente, un sitio preponderante en este grupo poblacional, con 5.5 % de personas entre 60 y 69 años y 31,2 % en los mayores de 80 años (26). La enfermedad de Alzheimer constituye más de la mitad del total de casos (47). Se predice que el aumento del número de adultos mayores afectados en América Latina y el Caribe será del 120 % entre los años 2000 y 2020, sobrepasando al de cualquier otra región del mundo, con un total de 4.1 millones de personas en 2020 y 9.1 millones en 2040. Se ha reportado diferencias en cuanto a patrones de nutrición, dieta, actividad física y perfiles de riesgo cardiovascular que jugarían un rol importante en las cifras de prevalencia en diferentes países (niveles bajos en el Perú, altos en países caribeños como Cuba, República Dominicana y Venezuela). Finalmente, componentes tales como las exigencias del cuidado de pacientes geriátricos *vis-a-vis* la disponibilidad de personal y servicios y sus consecuencias tales como estrés familiar y costos económicos complican una situación ya de por sí deficitaria.

**Desastres y violencia política.** El impacto de desastres naturales y violencia política en la salud mental del continente es insoslayable. América Latina exhibe entre las más altas cifras a nivel mundial en cuanto a víctimas de terremotos, inundaciones, huracanes y lluvias torrenciales, aluviones, erupciones volcánicas, marejadas e incendios naturales, sin contar accidentes laborales o de tránsito (48). Norris y Kohn (49) citan datos del Centro de Investigación de la Epidemiología de Desastres con más de 94 millones de personas afectadas por desastres naturales y tecnológicos en la región entre 1970 y 2007. Las consecuencias psicológicas son materia de una extensa tabla en el mismo reporte, con estudios llevados a cabo en 10 países entre 1987 y 2006. Los resultados se muestran en términos clínicos y epidemiológicos, con trastornos de estrés post-traumático, somatomorfos, depresivo mayor, distrés agudo, ansiedad generalizada, y pánico como los más prevalentes. “Malestar psicológico inespecífico” es también citado en esta revisión al lado de desajustes familiares, disminución de soporte y subsecuente desarraigo social.

La dramática violación de la dignidad y los derechos humanos que es la violencia política en cualquier parte del mundo, ha tenido en América Latina un territorio penosamente propicio a lo largo de su historia. Ello no obstante, no existen muchos estudios sobre el impacto emocional, psicológico o conductual de estos eventos en los grupos humanos afectados y la metodología o representatividad de aquellos listados por Norris y Kohn puede también ser cuestionada. Con esta premisa, estudios efectuados entre 1982 y 2007 en ocho países latinoamericanos muestran previsiblemente alta frecuencia de trastorno por estrés post-traumático (68 % en una muestra guatemalteca) (49), depresión, ira y

confusión, síntomas somáticos, ideación suicida y exacerbación de cuadros psiquiátrico-culturales (50).

**Costos sociales y económicos.** En el marco aún dominante de pobreza e inequidades, la salud mental en América Latina enfrenta desafíos paradójicos (51). El costo de las enfermedades mentales no está solamente relacionado al manejo de muchas condiciones con sello de cronicidad sino a la pérdida de productividad por parte de los pacientes y de familiares que de alguna manera deberán cuidar de ellos –en total, se estima un 25 % de “drenaje” económico (pérdidas en el ingreso fiscal) debido a estos factores. Las complicaciones del manejo de estos cuadros a largo plazo (empezando por la demora en intervenciones terapéuticas) son más graves si se considera la falencia o inaccesibilidad de recursos y escenarios adecuados de tratamiento; recuérdese que casi el 70 % de pacientes con diagnóstico psiquiátrico no reciben tratamiento oportuno y que a su vez, más del 75 % de los gastos en el manejo de enfermedades mentales se dedica fundamentalmente a gastos de hospitalización que en, muchos casos, es de larga duración. Si los presupuestos de salud general son mínimos, los recursos dedicados a salud mental son poco menos que no-existentes en muchos países, a pesar de declaraciones en contrario de gobernantes y burócratas: menos del 5 % del presupuesto de salud en 26 de 31 países, de acuerdo a un informe de la OMS (52). De los cinco países por encima de tal porcentaje, dos son latinoamericanos (Uruguay y Costa Rica) y los otros tres, de la cuenca del Caribe (Bahamas, Barbados y Granada).

Se ha hablado del impacto enormemente estresante del cuidado de enfermos mentales por parte de familiares y otras personas cercanas. No debe quedar duda alguna que tal impacto se da también en el equipo de profesionales de la salud mental directamente envueltos en la atención a estos pacientes. Ibañez et al. (53) ha elaborado este tema y discute la amplia gama de contextos (turnos de noche, guardias de emergencia, servicios con carencias permanentes, unidades forenses, etc.) en los que la tensión laboral e interpersonal genera atmósferas de trabajo y productividad negativas. Los estilos de comunicación entre equipos de liderazgo y la fuerza laboral “de campo” son factor relevante en el curso y desenlace de estas tensiones. El manejo de estos problemas en los niveles individual, grupal y organizacional requiere diversos tipos de abordaje clínico y administrativo, ejemplificado por diferentes clases de “talleres”, actividades de “auto-cuidado”, aplicación de dimensiones éticas y evaluaciones sistemáticas.

Estigma es otro fenómeno que tipifica el costo social de la quiebra de la salud mental. Con elementos culturales propios de las poblaciones en diversas regiones del continente, tiene un efecto poderoso que a veces desdice hallazgos previos tales como el mejor pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia, proclamado por el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (54). Características tales como el “familismo”, basado en la orientación socio-céntrica del grupo doméstico, amén de la fuerte religiosidad del colectivo latinoamericano, han sido usualmente considerados como factores de protección que o aliviaban la carga de la

enfermedad o prevenían agravamiento del cuadro clínico mejorando el pronóstico. A partir del llamado “síndrome de exclusión social” elaborado por Rotondo (55) aquel nivel de dedicación y cuidado puede ser cuestionado. La estigmatización del enfermo mental (y en muchos casos, de su familia) en Latinoamérica existe, parece haberse extendido y muchas la consideran otro sub-producto del proceso de globalización de sello individualista y excluyente.

**Políticas y servicios de Salud Mental.** Probablemente es en el área de políticas de Salud Mental en el continente donde puede existir un acuerdo casi unánime por parte de gobiernos y agencias administrativas nacionales o regionales. Lamentablemente, el carácter legalístico o burocrático de estas políticas no se materializa en acciones concretas. Es ciertamente difícil cuestionar la necesidad de tener principios-guía y valores básicos que inspiren políticas “progresistas”, “comprensivas” o “integradoras”. Se ha mencionado ya una enorme variedad de documentos y declaraciones que enfatizan coordinación de servicios y programas, interacción de diversos sectores y niveles de atención y colaboración entre países o con agencias nacionales e internacionales. En varias ocasiones, la frase “definición de prioridades” ha sido un lema prominente y se ha publicitado el uso de normas sofisticadas para la implementación de políticas. Planes Nacionales de Salud Mental con plataformas, modelos y fuentes de financiación han visto la luz en muchos países solamente para desvanecerse pronto en fárragos de promesas incumplidas, cambio de “prioridades” o, en casos, necesidades de imperativa urgencia.

En el momento actual, 65 % de los países de la región tienen políticas específicas de salud mental, 82 % tienen planes y programas de acción y 70 % poseen legislación enfocada en esta área. Los planteamientos generales responden, con ligeras variaciones o diferencias de grado de país a país, a principios sólidos y paradigmáticos tales como descentralización, colaboración y coordinación intersectorial, enfoque multidisciplinario, participación comunitaria y apoyo de y a organizaciones no profesionales, de familiares de pacientes o de agencias de voluntarios. Los componentes esenciales incluyen elementos de naturaleza técnica (conocimiento profesional), social (real impacto de salud pública o colectiva) y política (elaboración, aplicación, vigilancia y regulación de sus postulados).

La orientación fundamental de las políticas entraña un necesario balance entre las funciones nucleares y de apoyo de los recursos generados o creados por el proceso legislativo. A la formulación de prioridades programáticas se añaden los componentes de supervisión y monitorización del rendimiento de tales programas. Los recursos destinados a la implementación de las políticas se dedican mayormente a servicios humanos y materiales, menos a acciones de promoción y prevención. La atención a sectores “especiales” de la población merece en muchos casos secciones especiales, de modo tal que niños y adolescentes, aquéllos “por debajo del nivel de pobreza”, poblaciones

rurales, minorías étnicas, mujeres y ancianos o personas de orientación sexual no convencional figuren en los documentos y declaraciones.

Toda política de salud se traduce en provisión de servicios. En América Latina y el Caribe existe un promedio de 5,4 camas psiquiátricas por 10.000 habitantes, de las cuales 4,6 (82,8 %) se encuentran en hospitales psiquiátricos y solamente 0,4 por 10.000 habitantes en hospitales generales (43). Comparativamente, sólo 47,2 % de las camas psiquiátricas en Canadá y 40,3 en Estados Unidos se encuentran en hospitales psiquiátricos. Casi el 50 % de los hospitales y más del 60 % de las camas pertenecen al sector público o estatal. La Seguridad Social opera en 18 países pero sólo abarca una proporción más o menos considerable del total de camas psiquiátricas en Costa Rica, México, Chile, Bolivia, Venezuela y Panamá. En Brasil, la Seguridad Social no cuenta con muchos hospitales propios pero sufraga una alta proporción del costo de la asistencia a pacientes hospitalizados. A pesar de cifras en general bajas, nuevamente países de la cuenca caribeña (Granada, St. Vincent, Cuba y Venezuela) las tienen mejor que los restantes. Un aspecto que exhibe cierta mejoría (35,6 %) en décadas recientes, es el relativo a la atención ambulatoria y comunitaria, con mayor coordinación a nivel de la Atención Primaria, más eficiente trabajo multidisciplinario y disponibilidad de medicaciones psiquiátricas: 86,7 % de los países cuentan con políticas específicas en este renglón aun cuando todavía un 25-35 % carecen de reservas adecuadas en hospitales y clínicas (56).

**Recursos Humanos.** De acuerdo al Atlas de Salud Mental de la OMS (57), en América Latina y el Caribe existía hacia el año 2005 una fuerza de trabajo (profesionales de salud mental) definitivamente insuficiente y de distribución claramente heterogénea entre países. El número de psiquiatras, por ejemplo, mostraba un promedio de 4.3 por 100,000 habitantes pero los extremos iban de 24 y 22.9 en Venezuela y Uruguay, respectivamente, a 0,2 y 0,5 por 100.000 habitantes en Guyana y El Salvador, respectivamente. Argentina poseía 106 psicólogos por 100.000 habitantes en tanto que Belice no tenía ninguno y Surinam y Trinidad Tobago solamente 0,2 y 0,3, respectivamente para dar un promedio de 10,3 por 100.000 habitantes, cifra claramente engañosa. Las cifras promedio para asistentes sociales y enfermeras psiquiátricas muestra similares ambigüedades: 5,1 por 100.000 para aquéllas (con extremos de 62 en Uruguay y 0,1 en El Salvador, Guyana y Panamá), 7,7 para éstas (con extremos de 97,0 en Barbados y 0.1 en México, Nicaragua y Paraguay). En todo caso, los promedios muestran un nivel de mejoría en comparación a los de finales de la década de los años 90 cuando se contabilizaron 1,6 psiquiatras, 2,8 psicólogos, 2,7 enfermeras psiquiátricas y 1,9 asistentes sociales por 100.000 habitantes. Los índices de subempleo en profesiones como la psicología han sido materia de información y comentarios en medios masivos de comunicación.

Dos breves comentarios emergen del examen inicial de estos guarismos. El primero es la relativamente escasa confiabilidad de datos extraídos básicamente de registros administrativos, no evaluados metódica o uniformemente de país a país. El segundo se refiere a contradicciones tal

vez inevitables: un aparentemente aceptable número total de camas psiquiátricas en algunos países (especialmente en la cuenca del Caribe) pero existentes casi en su totalidad en hospitales psiquiátricos en los cuales, paradójicamente, el número de enfermeras y otros profesionales no médicos de salud mental es dramáticamente escaso. La conclusión lógica de estas comprobaciones se da en términos de cronicidad, cuidado custodial y/o negligente en centros hospitalarios anticuados.

Las modalidades y programas de adiestramiento de esta fuerza laboral y sus implicaciones en términos de competencia profesional y distribución geográfica generan otra serie de interrogantes. Heterogeneidad parece ser una vez más la característica dominante. Existen poco más de 300 escuelas de medicina en América Latina con más de 200.000 estudiantes en un ciclo promedio de cuatro años; si se estima que un 2 % de ellos escogerá psiquiatría como especialidad, es posible que en los últimos 20 años, se haya añadido un total de 20.000 nuevos profesionales al contingente psiquiátrico (total estimado en el momento actual: 25-30.000), aun cuando hay muchos que consideran esta cifra como exageradamente optimista. Los currícula de las escuelas médicas, a despecho de avances significativos en algunos países, no dan aun a la psiquiatría y disciplinas conexas la preeminencia que les es indispensable (58). Hay escasez de programas de entrenamiento, la mayoría dependientes de ministerios de salud con escaso *input* plenamente académico, aun cuando existe ya una clara tendencia a modernizar los programas en base a una mayor variedad de escenarios de entrenamiento. Se está tratando de superar la formación excesivamente teórica para dar paso a enfoques prácticos, trabajo multidisciplinario y énfasis socio-comunitario. La carencia de docentes a tiempo completo está bien documentada, menos del 10 % de psiquiatras dedica algo de su actividad a labores didácticas. Temas de debate incluyen estrategias dirigidas al aumento de vocaciones psiquiátricas y de profesiones de salud mental, la relevancia e impacto de psicoterapias en el ámbito latinoamericano, tecnologías modernas tales como tele-educación y educación profesional continua, y afrontes didácticos para psiquiatría cultural y social (58, 59)

El insuficiente número de psiquiatras es más evidente en campos especializados tales como psiquiatría de niños y adolescentes, psiquiogeriatría, adicciones y psiquiatría forense. La localización geográfica de profesionales es dramáticamente desigual: más del 80 % practican o laboran en áreas urbano-metropolitanas, con presencia mínima en zonas rurales o pobres, de modo tal que si en las ciudades la atención a pacientes está fundamentalmente en manos de médicos de atención primaria, psicólogos o miembros de las llamadas profesiones auxiliares (enfermería, asistencia social, terapia ocupacional, etc.), la que se brinda en zonas rurales corresponde a un número mínimo de estos últimos, secundados por voluntarios, curanderos y otros agentes de la llamada "psiquiatría folklórica" (60).

La situación en el campo de la enfermería psiquiátrica es aun más compleja: existen contados programas de adiestramiento en

Latinoamérica; con poco más de 400 escuelas (incluidas las que otorgan únicamente el título de bachiller), se estima hoy que no llegan a 4.000 las enfermeras que trabajan a tiempo completo en servicios psiquiátricos. El número de asistentes sociales y terapeutas ocupacionales es mucho más bajo. Existen contados centros que cuenten con terapeutas recreacionales, consejeros, capellanes u otros miembros de un ideal equipo multidisciplinario.

**Investigación.** Las inversiones más altas per capita en ciencia y tecnología en países latinoamericanos se dan en Brasil (US \$ 70) y México (US \$ 30), magras en comparación a cerca de US \$ 1.000 en los Estados Unidos (18, 57). Más aún, no existe correlación alguna entre el tamaño del presupuesto asignado y el número de publicaciones, campo en el cual el progreso ha sido mínimo en décadas recientes. En varios estudios, se ha encontrado que sólo un 2,2 % de 8.037 publicaciones en 15 revistas internacionales de psicofarmacología procedían de América Latina. Brasil, Argentina, México y Chile ocupan consistentemente los primeros lugares en este rubro (57, 61). Otros cuatro países (Costa Rica, Colombia, Perú y Jamaica) cuentan con Institutos de Salud Mental, supuestamente orientados prioritariamente hacia la investigación, aunque tal no es siempre el caso. Junto a ellos, universidades, Ministerios de Salud y sus divisiones de estadística constituyen la base de la infraestructura de investigación. En los últimos años ha habido un decisivo incremento en la formación de bancos de datos y la infusión de medios de tecnología de información.

El entrenamiento de investigadores sigue siendo problemático: muy pocos países han creado incentivos para que profesionales que emigran en busca de perfeccionamiento puedan retornar en posiciones académicas o de investigación relativamente bien solventadas; de otro modo, el llamado “drenaje de cerebros” ha continuado, tal vez más marcadamente en las últimas dos décadas. Finalmente, el rol de la industria farmacéutica en Latinoamérica no ha estado libre de las controversias en países del mundo desarrollado, aun cuando existe la impresión de que el tema es manejado en la región con un mayor sentido realista y pragmático (62).

Que la psiquiatría latinoamericana, con todos sus problemas y debilidades, ha hecho contribuciones descollantes en el terreno de la investigación, no cabe duda. Probablemente el campo más productivo ha sido el de la epidemiología, con una tradición de más de 70 años al presente. Hay varios estudios de revisión sobre el tema (63-66); en ellos se destacan las contribuciones tanto informativas como metodológicas de investigadores de México, Puerto Rico, Chile, Brasil y Perú. Muchos de los asertos en las secciones precedentes de este trabajo (prevalencia, problemas en poblaciones “especiales”, costos, relaciones con Atención Primaria, pobreza y desintegración social, estudios clínicos) reflejan resultados de estas indagaciones. El apoyo de agencias o fundaciones nacionales y extranjeras y de organizaciones internacionales como la OPS, no debe ser desestimado (67).

Otros terrenos donde la investigación psiquiátrica latinoamericana ha alcanzado reconocimiento internacional abarcan indudablemente la fenomenología y su brazo de investigación clínica. Existe acuerdo en que las contribuciones del psiquiatra peruano Honorio Delgado no sólo enriquecieron sino que expandieron el valor clínico y heurístico de la fenomenología alemana de mediados del siglo XX y la pertinencia de contribuciones latinoamericanas a esfuerzos de modernización de las nomenclaturas y clasificaciones existentes (68, 69). Ello condujo a la forja de un discipulado ecléctico presto a la detallada descripción de cuadros clínicos diversos, a la precisión terminológica acuñada por Jaspers y la Escuela de Heidelberg y a la elaboración de brillantes y duraderos textos de enseñanza (70). En este contexto, el área del diagnóstico psiquiátrico tiene también una trayectoria distinguida en nuestro continente que incluye un glosario y varias contribuciones nacionales (71).

La psiquiatría social y cultural, incluida las áreas comunitaria y folklórica, han marchado de la mano en el interés de muchos psiquiatras latinoamericanos y caribeños. Carlos Alberto Seguí (25) fue sin duda un pionero ilustre cuyo trabajo inspiró a generaciones de psiquiatras en el continente y fue parte fundacional de organizaciones como el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) al lado de otras figuras destacadas de la disciplina en el continente (72), organización hoy revigorizada en su segunda etapa (73). El GLADET de los años 50 fue un paso decisivo en la fundación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) que agrupa a las sociedades nacionales de todos los países de la región. Los congresos de ésta y otras entidades profesionales y científicas han testimoniado la calidad y fuerza de la psiquiatría social y cultural. La descripción de muchos “síndromes culturales” (74-76), particularmente en México y América Central, el Caribe y la región andina han enriquecido el acervo clínico y diagnóstico de la psiquiatría universal.

En décadas recientes, grupos de trabajo e investigación en varios países han avanzado el conocimiento y la práctica de áreas tales como psicoterapia y psicofarmacología clínica. La primera ha encontrado campo fértil también en el área cultural, dando lugar a “psicoterapias culturales” de aplicación ventajosa en comparación con las rígidas normas de técnicas importadas (77). La psicofarmacología, por su parte, ha enfrentado el reto de respuestas clínicas distintas a las de catálogo en relación a medicamentos y dosis. Surgió así la etnopsicofarmacología (78), muy recientemente mejor fundamentada por los hallazgos de una incipiente ciencia genética y farmacogenómica en América Latina, con centros pioneros en Colombia, Chile y México (79, 80).

Existe en América Latina un puñado de revistas psiquiátricas o de salud mental que mantienen viva la posibilidad de difusión valiosa y consistente de las investigaciones de laboratorio y de campo. La más antigua de ellas, la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, de Lima, Perú, fundada en 1938 por Honorio Delgado y el eminente neurólogo Julio O. Trelles, se apresta a un vigoroso re-lanzamiento que es también un homenaje a la

memoria de su Editor de más de 30 años, Javier Mariátegui (81), fallecido en agosto del 2008. Figuran también *Salud Mental* de México, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* y *Vértex* (Argentina), la *Revista Chilena de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía*, la *Revista Colombiana* y el *Journal Brasileiro de Psiquiatría*, todas ellas promesa y esperanza.

## DISCUSIÓN

De un periodo de síntesis en el que, hacia los años 70, la psiquiatría y la salud mental latinoamericanas elaboraban en su entorno las contribuciones nutricias de otras latitudes para buscar su propia senda y encontrar un sitio apropiado en el concierto de la psiquiatría mundial, este autor concluyó hacia finales de la década siguiente, que la psiquiatría latinoamericana –y por ende, su salud mental resultante--provenían de un mestizaje epistemológico, se entregaban a una genuina inmersión en lo social y adoptaban una actitud crítica, objetiva y tamizadora, laborando hacia una identidad cabal y respetable (82). Sin embargo, en los años 90, revisé algunas de estas conclusiones a la luz de nuevos desarrollos históricos y de la cambiante dinámica de nuestra psiquiatría en relación a la del resto del mundo. Consideré entonces pertinente puntualizar un singular estado de fluidez, eferescencia y multideterminismo (83) con ventajas y desventajas consiguientes que, si bien no eliminan las características antes señaladas, obligan a un análisis continuo del tema y de sus implicaciones. Es así que surgen las luces y sombras que acompañan a esta trayectoria y sus vicisitudes.

**Luces.** La psiquiatría y la salud mental latinoamericanas pueden mostrar con orgullo una galería de prohombres ilustres a lo largo de su historia. Nombres como Honorio Delgado, Carlos Alberto Seguí, José Angel Bustamante, Gregorio Bermann, José Leme Lopes, Salvador Mata de Gregorio, Guillermo Dávila, Raúl González Enríquez, Dionisio Nieto, Ignacio Matte-Blanco, Humberto Rosselli, Julio Endara, Federico Sal y Rosas, Alvaro Rubim de Pinho, Jorge Saurí, Humberto Rotondo, Guillermo Vidal, Fernando Pagés-Larraya, Juan Marconi, Daniel Murguía, Ramón de la Fuente, Mauricio Goldenberg y Javier Mariátegui representan hitos notables de esa historia. Sus contribuciones en múltiples terrenos del conocimiento, la investigación y la práctica han de inspirar a quienes en el momento actual lideran las disciplinas de la salud mental en el continente. Así, de los tópicos de epidemiología, psiquiatría social y cultural, fenomenología y clínica, la investigación deberá expandirse a áreas más específicas de epidemiología especial, investigación de sistemas y resultados, investigación interpretativa (*translational research*), calidad de vida, trauma y desastres, derechos humanos, reinserción comunitaria y síndromes culturales (59). Los trabajos de Carlos León, Ramón Florenzano, Itzak Levav, Héctor Pérez-Rincón, Sergio Villaseñor, Fernando Lolas o Alberto Perales bien pueden constituir una transición heurística ideal.

Uno de los ingredientes que caracteriza seriamente a la psiquiatría en América Latina es su sello de humanismo auténtico. En consonancia con

la tónica moderna que alcanza también al humanismo en tanto que actitud ontológica, nuestra psiquiatría está en posición espectable, no sólo para ser un puente epistemológico entre el enfoque pragmático de la psiquiatría anglo-sajona y el humanismo clásico de la psiquiatría europea (84), sino para reconciliar ese humanismo con las esencias del conocimiento neurobiológico contemporáneo, procesarlos en un diálogo de iguales y emerger con el conocimiento (y convencimiento) vigoroso y pleno de que aquéllos que se beneficiarán de nuestra ayuda son persona y son molécula, son cerebro y son mente, son cromosoma y son síntoma, son neurotransmisores en caos y son, por todo ello, seres que sufren (84, 85). Desde su posición crítica, la psiquiatría latinoamericana ha marchado históricamente contra la “insularidad hermenéutica” de las humanidades tradicionales y acentúa el quehacer científico orientado por un optimismo substancial a un futuro en el que convergen avances decididamente multidisciplinarios (86).

En la escena contemporánea, nuevas generaciones de psiquiatras y profesionales de la salud mental hacen de aquella predicción y de esta esperanza, realidades sustanciales. Puede afirmarse que la epidemiología seguirá ocupando interés prominente en el campo empírico, merced al trabajo sostenido de grupos ya existentes con nombres como Glorisa Canino, Benjamín Vicente, María Elena Medina-Mora, María Carmen Viana, Marcela Feijoo, Helena Viana, Maristela Monteiro, Jorge Caraveo, Jair Mari, Fabián Fiestas y muchísimos más. La psiquiatría cultural seguirá enriqueciéndose con contribuciones de Sergio Javier Villaseñor, Carlos Rojas Malpica, Mario Virgen o Gabriel Hollweg. La psiquiatría biológica reconocerá, a su turno, el trabajo de Hernán Silva, Graciela Rojas, Jorge Ospina-Duque, Jorge Forero o Aitor Castillo. Institutos de Investigación en Salud Mental como los existentes en México, Jamaica y Perú jugarán también un rol preponderante en este proceso.

Políticas de Salud Mental están ya operando en base a principios probados (7). El humanismo descrito arriba sirve también de base a estos principios y a acciones concretas destinadas a borrar inequidades de duración indeseable. Tal es el caso de logros como los programas de adiestramiento de trabajadores de Atención Primaria en temas de salud mental (Cali, Colombia), psiquiatría de comunidad en zonas urbano-marginales de Tegucigalpa, Honduras y Porto Alegre, Brasil, colaboración comunidad-universidad-gobierno estatal en Mérida, Venezuela, expansión de servicios en Santos, Brasil, redes de apoyo social y manualización de servicios en Medellín, Colombia, implementación de políticas en Río Negro, Argentina y atención a víctimas de violencia doméstica en Monterrey, México, clínicas comunitarias para prevención de estrés en La Habana, Cuba, atención preferente a pacientes con depresión y esquizofrenia en Chile y prevención de adicciones en La Paz, Bolivia (18, 43).

**Sombras.** Lo dicho. Hay significativas deficiencias en número y competencia de los recursos humanos dedicados a la salud mental en el continente, a punto de partida de limitados recursos económicos y

materiales. Los costos a futuro de estas pérdidas, tanto en población humana como en productividad económica de los países, pueden ser incalculables. Las deficiencias se extienden al campo académico, responsable de la preparación de profesionales de primera o segunda línea: una vez más, falta de programas adecuados, escasez de personal docente, pobreza y otras limitaciones en los escenarios de entrenamiento, falta de vocaciones psiquiátricas. Las repercusiones en el número no sólo de psiquiatras sino también de profesionales en todos los otros campos del equipo multidisciplinario de salud mental, son sumamente onerosas.

Los gobernantes y líderes políticos de muchos de los países de la región han prestado tradicionalmente sólo una atención limitada a la salud mental. La estrategia de asociarla al campo de la Atención Primaria puede ser efectiva hasta un punto; el riesgo más evidente es situar la salud mental como esencialmente subordinada a la salud general (léase, física) cuando la realidad de investigaciones y publicaciones de cada día en el momento actual es claramente lo opuesto (5, 6). Si a ello se unen la pobreza y desnutrición crónicas, la injusticia social, la estigmatización y el desplazamiento de poblaciones por razones económicas, desastres naturales o conflictos políticos, el panorama se hace aún más sombrío. El aumento en la prevalencia de trastornos tales como adicciones y fármaco-dependencia, psicosis, problemas de desarrollo y aprendizaje, depresión y estrés post-traumático, de fenómenos sociales tales como violencia de todo tipo, migraciones internas, desempleo y criminalidad, y de hábitos políticos condenables como demagogia, corrupción, manipulaciones partidarias o prácticas sectarias contribuyen aún más a aquella perspectiva. La consecuencia colectiva de mayor riesgo sería indudablemente lo que algunos autores llaman “desmoralización” (87), preludio de un escepticismo que pronto puede tornarse en cinismo con todas sus caóticas implicaciones.

**EL FUTURO.** En este contexto integral, las acciones de prevención y promoción de salud mental pueden ser decisivas en el futuro cercano y mediano. La promoción de salud y salud mental es un principio respetable en el campo de la salud pública y sólo recientemente parece estar recibiendo consideración apropiada de parte de organismos responsables. El modelo ecológico que se imprime a programas promocionales y preventivos enfocados en poblaciones enfatiza los determinantes sociales de la enfermedad, habida cuenta de la relativa inmovilidad de factores genético-biológicos (88). La base epidemiológica ejerce una función rectora en la elección de áreas de promoción en tanto que principios de justicia social, equidad, concesión de poder auténtico (*empowerment*) y participación igualitaria (pacientes, familias, organizaciones comunitarias no gubernamentales, voluntarios) proporcionan una esencial vertebración ética a todo el proceso (89). Estos planes deberán evitar barreras tales como imprecisión conceptual, insuficiente evidencia, minimización manipuladora de responsabilidades de individuos o grupos o escaso apoyo de recursos técnicos o financieros.

La creación de unidades de planificación de investigaciones en salud mental parece ser necesaria en vista del relativo fracaso de políticas “generales” de investigación en salud y de la centralización estatal en la coordinación y financiamiento de la misma (90). La investigación netamente aplicada y multinacional merece ser prioritaria por obvias razones logísticas, creando los mecanismos necesarios para adquirir la tecnología más apropiada, modificar y adaptar la que sea necesaria y desarrollar la capacidad de crear aquéllas que no se puedan adquirir en el ámbito internacional. La investigación de lo que es nuestro es una forma de liberarnos de dependencias que ni buscamos ni necesitamos. El componente latinoamericano de Global Forum (91) y el endosamiento de los postulados del Proyecto de *The Lancet* (16) son ejemplos apropiados. Al mismo tiempo, nuestra psiquiatría puede y debe consolidar en sus programas de enseñanza la esencia humanística que le dan su historia y su entorno, el balance conceptual entre neurobiología, psicodinamia, sociedad y cultura, la base de un cuerpo de conocimientos que necesita a la ciencia para no ser cacofonía retórica, la solidez clínica que reclaman millones de pacientes y la dignidad académica que supieron darle desde siempre maestros de inmenso talento (82, 92).

### CONCLUSIÓN

La salud mental en América Latina es una empresa colectiva de dimensiones desafiantes. Como tal, requiere de liderazgo visionario empujado por un idealismo de avanzada pero, al mismo tiempo, de un realismo creativo que se proponga generar planificación ordenada, integración pluralista, preservación de altos niveles de excelencia clínica y una esencia social que respete ciencia y cultura y que practique abordajes preventivo-promocionales también de avanzada. Con una psiquiatría de identidad plena que le permita ambular por los meandros de una globalización indetenible, la salud mental del continente podrá tener un inventario claro de su pasado, un manejo firme del presente y una fe inalienable en su futuro. A la manera de César Vallejo que se describe a sí mismo –y a su patria-continente— como “pichón de cóndor desplumado por latino arcabuz”, o como “la gracia incaica que se roe/en áureos coricanchas bautizados/de fosfatos de error y de cicuta” (93), la historia de la psiquiatría latinoamericana ha sufrido embates de mediocridad, confusión y desaliento. Pero también ha adquirido, parafraseando al maestro Pedro Laín Entralgo (94), “una identidad fundada en la búsqueda vehemente de originalidad....una identidad que diseñe rutas auténticas de indestructible esperanza...que es también acto de recreación, profesión de libertad y vislumbre de vínculos trascendentes”.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Clark, K. *Civilisation* (7<sup>th</sup>. edition). London: John Murray Publishers, Ltd. 1980
2. Arguedas, J.M. *Indios, mestizos y señores*(2a. edición). Lima:Editorial Horizonte.1987
3. Stiglitz, J.E. *Globalization and its discontents*. London: Penguin Books. 2002

4. García Márquez, G. La soledad de América Latina. Cali: Corporación Editorial Universitaria de Colombia. 1983
5. Ustun, T., Sartorius, N. Mental Health in General Health Care. Chichester: Wiley. 1995
6. Weiner, H. Psychobiology and Human Disease. New York: Elsevier North Holland. 1977
7. Arana, J.D. Algunos obstáculos teóricos en la praxis de la Psiquiatría Comunitaria. Consideraciones culturales. En: Desde nuestra propia entraña (R.D. Alarcón, J. Castro, J. Cipriani, Eds. ), pp. 168-183. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1991
8. Perales A., Sogi, C. Montoya, A. Lindros sociales y culturales en salud mental comunitaria. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1995
9. Jones, M. The Therapeutic Community. New York: Basic Books, Inc. 1953
10. Medina, E. Panorama histórico de la Salud Mental. En: Psiquiatría y Salud Mental (R. Riquelme y M. Quijada, Eds.), pp. 41-81. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. 2007
11. Heinze, G. Pasado y presente de la psiquiatría mexicana. *Perspectives Psychiatriques*, 2004; 43: 54-57.
12. Organización Panamericana de la Salud Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, DC: Documento Oficial No. 173. 1980
13. González R., Levav, I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Memorias de la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela. Nov. 11-14, 1990. Washington DC: Instituto Mario Negri Italia.
14. Brody, E.B. Patient rights, a cultural challenge to Western psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1985;194:58-62.
15. Roses M. Welcoming Remarks to the Regional Advisory Committee on health Statistics (CRAES). August 11, Washington DC: PAHO. 2009
16. The Lancet Global Mental Health Series. London: The Lancet. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). 2007;13-98.
17. World Health Organization Country projects on mental health: Selected case studies. Geneva: World Health Organization. 2004
18. Alarcón, R.D. Salud Mental en Latinoamérica. Symposium sobre "Estado Actual de la Salud Mental panamericana", organizado por la Escuela de Salud Pública, Universidad Autónoma de México, Cancún, México, Diciembre 11-12. 2001
19. Davis, M. Planet of Slums. *Harper's Magazine*. 2004; June 308:17-20
20. Gilbert, A. The Latin American mega-city: An introduction. New York: Oxford University Press. 2004
21. World Bank Annual Report. Washington, D.C. 2007.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS. 2001
23. Pan American Health Organization Health in the Americas. Final Report. Washington, DC: November 11-12. 2008
24. Mari, J.J., García de Oliveira, B., Silva de Lima, M., Levav, I. Breve historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina y el Caribe. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.), pp. 3-18. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009

25. Seguí, C.A. Síndrome psicossomático de desadaptación. *Rev Lat Am Psiquiatría*. 1951; 1: 16-26.
26. Kohn, R., Rodríguez, J. (2009) Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington DC: Pan American Health Organization. 2009, 19-34.
27. Aguilar-Gaxiola, S., Alegría, M., Andrade, L., Bijil, R., Caraveo-Anduaga, J.J., Dewit, D.J. et al. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. En: *Social Psychiatry in changing times*. (E. Dragomirecká, A. Palcová, H. Pepezová, Eds.). Praga: Psychiatrické Centrum. 2000; 86-96.
28. Andrade, L.H., Viana, M.C. La encuesta de Salud Mental Sao Paulo Megacity, Brasil. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 54-63.
29. Feijó Mello, M., Kohn, R., Mari, J.J., Andrade, L.H., Almeida-Filho, N., Blay, S.L. et al. La epidemiología de las enfermedades mentales en Brasil. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.) Washington, D.C.: Pan American Health Organization. 2009; 101-117.
30. Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Deeb-Sossa, N. La patología psiquiátrica en Colombia: Resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Pan American health Organization. 2009; 64-78.
31. Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Lara M.C., Rojas, E., Fleiz C. et al. Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 79-89.
32. Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz C., et al. La encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.), Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 90-98.
33. Vicente, B., Kohn, R., Saldívia, S., Rioseco, P. Las contribuciones de Chile a la investigación en epidemiología psiquiátrica. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.) Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 118-131.
34. Monteiro, M.G., Telles-Días, P., Inglés-Días, A. Epidemiología del uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohns, S. Aguilar Eds). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 177-191.
35. Kohn, R., Friedmann, H. La epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 193-207.
36. Bertolote, J.M., Fleischman, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. 2002; 7: 6-8.
37. Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 2001; 24:4-15.
38. Vásquez Barrios, A.J. Discapacidad intelectual: Situación en la región de las Américas. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohns, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 208-220.

39. Kohn, R., Rodríguez, J. La salud mental de las poblaciones indígenas. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.) Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 223-233.
40. Sabin, M., Sabin, K., Yong Kim, H., Vergara, M., Varese, M. The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Pan Am J Public Health*. 2006; 19: 163-171.
41. Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Torres, S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry*. 2005; 51: 119-127.
42. Organización Panamericana de la Salud Alcohol y salud de los pueblos indígenas. Washington, D.C.: OPS. 2005
43. Alarcón, R.D. Salud Mental en América Latina: Circa 2002. En: Salud panamericana en el siglo XXI. Fortalecimiento de la cooperación internacional y desarrollo de capital humano (J. Sepúlveda, Editor). México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública. 2002; 114-126.
44. Benjet, C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 234-242.
45. Duarte, C., Hoven, C., Berganza, C., Bordin, I, Bird, H., Miranda, C.T. Child mental health in Latin America. Present and future. *Epid Research*. 2003; 33: 203-222.
46. Vega García, E., González Picos, J., Llibre Rodríguez, J. J., Ojeda hwernández, M. Trastornos mentales en los adultos mayores. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 243-255
47. Llibre, J.J., Prince, M. Epidemiology of dementia in Latin America: Findings from the 10/66 Dementia Research Group's Programme. Proceedings of the XI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. Gothenburg, Sweden, May. 2007; 3-5.
48. Norris, F., Perilla, J., Murphy, A. Post-disaster stress in the United States and México: a cross-cultural test of the multi-criterion conceptual model of post-traumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*. 2001;110: 553-563.
49. Norris, F.H., Kohn, R. La repercusión de los desastres y la violencia política sobre la salud mental en América Latina. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 256-285.
50. Sabin, M., Lopes Cardozo, B., Nackerud, L., Kaiser, R., Varese, L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in México 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003; 290: 635-642.
51. Alarcón, R.D. Psiquiatría latinoamericana en el nuevo milenio. *Arch Ven Psiquiat Neurol*. 1999; 45: 10-17.
52. Kohn, R., Levav, I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar, Eds.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009; 300-315.
53. Ibañez, G., Khatchikian, N., Buck, C., Weisshaar, D., Abush-Kirsh, Y., Coronel-Ortis, D. et al. A qualitative analysis of social support and conflict among Mexican and Mexica-American disaster survivors. *J Community Psychol*. 2003; 31: 1-24.
54. World Health Organization. The International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS). Geneva: World Health Organization.1973.
55. Rotondo, H. Un estudio experimental de la comunicación en un servicio psiquiátrico. *Bol. Dpto. Higiene Mental*. 1954; 2: 2-3.

56. Saraceno, B. Salud Mental: la escasez de recursos obliga al uso de paradigmas nuevos. *World Psychiatry*. 2004; 2: 3-5.
57. World Health Organization Mental Health Atlas. Geneva: World health Organization. 2005.
58. Alarcón, R.D. La revolución didáctica en psiquiatría: Retos y posibilidades en América Latina. *Salud Mental*. 2004; 27: 1-10.
59. Alarcón, R.D. Psiquiatría Latinoamericana: Quo Vadis? *Rev Lat Am Psiquiatria*. 2004; 4: 6-20.
60. Kleinman, A. Patients and their healers in the context of culture. Berkeley, CA: University of California Press. 1980
61. Fiestas, F., Gallo, C., Poletti, G., Bustamante, I., Alarcón, R.D., Mari, J. et al. What challenges does mental and neurological health face in Latin American countries? *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30: 328-336.
62. Ban, T. Progress in Neuropsychopharmacology. *Biol Psychiat*. 2006;30: 429-441.
63. Rodríguez, J.J., Kohn, R., Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en Latin America y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2009
64. Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2009) Patterns of mental illness in the WMH Surveys. En: *World Health Organization World Mental Health Surveys Series, Vol. I*. (R. Kessler, B. Ustun, Eds.) New York: Cambridge University Press.
65. Lima, M.S., Soares, B.G., Mari, J.J. Mental health epidemiological research in South America: recent findings. *World Psychiatry*. 2004; 3: 120-122.
66. Fiestas, F., Gallo, C., Poletti, G., Bustamante, I., Alarcón, R.D., Mari, J.J. et al. Improving mental and neurological health research in Latin America: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2009; 11: 334-336.
67. Rodríguez, J.J., Gonzalez, R. (Eds.). *La reforma de los servicios de salud mental 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2007.
68. Delgado, H. Kraepelin y Freud a 100 años de su nacimiento. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 1956; 19: 452-473.
69. Alarcón, R.D. Honorio Delgado y el DSM-IV: Coincidencias y discrepancias. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 1995; 57: 219-236.
70. Delgado, H. *Curso de Psiquiatría (6ª. Edición)* Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial. 1993.
71. Berganza, C. E. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico: perspectivas educativas y de investigación. En: *La Psiquiatría en el Siglo XXI: Realidad y compromiso* (S.J. Villaseñor, F. Alonso-Fernandez, J. Garrabe, Eds.). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. 2006; 319-325.
72. Bustamante, J.A. Fundación de GLADET. En: *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y Exploraciones en torno a una ciencia solidaria* (R.D. Alarcón, autor). México, D.F.: Siglo XXI Editores. 2009.
73. Villaseñor, S.J. (Editor). *Naturaleza, Psiquiatría y Cultura. De la Psiquiatría Folklórica a la Psiquiatría Cultural*. Guadalajara, México: Ediciones GLADET. 2006.
74. Villaseñor, S.J. *Apuntes para una Etnopsiquiatría Mexicana*. Guadalajara, México: Imprenta Universitaria. 2008.

75. León, C.A. Cuadros psiquiátricos típicos de la región. En: *Psiquiatría* (1ª. Edición) (G. Vidal, R.D. Alarcón, Eds.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 1986; 640-644.
76. Alarcón, R.D., Lewis-Fernández, R. Diagnóstico y tratamiento de entidades psicopatológicas desde la perspectiva cultural. *Monografía en Psiquiatría*. 2000; 12: 9-17
77. Kareem, J., Littlewood, R. *Intercultural therapy: Themes, interpretations and practices*. Oxford, U.K.: Blackwell Scientific. 1992.
78. Smith, M. *Etnopsicofarmacología Psiquiátrica en América Latina*. En: *Psiquiatría* (2ª. Edición) (R.D. Alarcón, G. Mazzotti, H. Nicolini, Eds.) México, D.F.: El Manual Moderno. 2005.
79. Silva, H. (Editor) *Genética y Farmacogenómica en Psiquiatría*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía. 2007
80. Carvajal-Carmona, L.G., Soto, I.D., Pineda, N., Ortiz-Barrientos, D., Ospina-Duque, J., et al. (2000) Strong Amerindian/White sex bias and a possible Sephardic contribution among the founders of a population in northwest Colombia. *Am J Hum Genet*, 67: 1287-1295.
81. Alarcón, R.D. Javier Mariátegui (1928-2008). *Spirat* (in press) 2008.
82. Alarcón, R.D. *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México, D.F.: Siglo XXI Editores. 1990.
83. Alarcón, R.D. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: Una revisión crítica*. En: *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana*. Caracas: Asociación Psiquiátrica de América Latina. 2003.
84. Alarcón, R.D., Lázaro, J., Baca-Baldomero, E., Ruiz, P. *Building bridges: Role of Spanish-speaking Psychiatry in World Psychiatry* (In preparation). 2008.
85. Alarcón, R.D. *Humanismo, Identidad y Exilio en el texto delgadiano*. En: *Tiempo Sabiduría y Plenitud. Estudios sobre la vida y obra de Honorio Delgado* (R.D. Alarcón, R. León, Eds.) Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia Fondo Editorial. 1996.
86. Brockman, J. (Editor) *The new Humanists. Science at the edge*. New York: Barnes & Noble Books. 2003.
87. Frank, J.D., Frank, J.B. *Persuasion and Healing*. (3<sup>rd</sup>. Ed.) Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1993.
88. Mariátegui, J. *Ecología y Psiquiatría*. *Acta Psiquiat Psicol Am Latina*. 1978; 24: 100-108.
89. Lolás, F. *Bioética y Medicina*. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana. 2002.
90. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P. et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World health Organization World Mental Health surveys. *JAMA*. 2004; 291: 258-290.
91. Global Forum for Health Research. *Helping correct the 10/90 gap*. Geneva: Global Forum for Health Research. 2000.
92. Alarcón, R.D. *Ser psiquiatra en América Latina: ¿Vale la pena?* En: *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana* (R.D. Alarcón, autor), pp. 141-146. Caracas: Asociación Psiquiátrica de América Latina. 2003.
93. Vallejo, C. *Oda al cóndor*. En: *Obras Completas*. Lima: Instituto Nacional de Cultura. 1985.
94. Laín Entralgo, P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza Editorial. 1988.