

### IN MEMORIAM

### Doctor José María Calvo y Otálora

El 16 de febrero de 2007 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente tuvo la pena de perder a uno de los investigadores fundadores de la Dirección de Investigaciones en Neurociencias: el doctor José María Calvo y Otálora.

Chema, como era llamado cariñosamente, nació en la Ciudad de México el 14 de agosto de 1946. Estudió la carrera de médico cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México donde se graduó en 1972. De manera temprana se integró al grupo de investigación encabezado por el doctor Augusto Fernández-Guardiola, que en ese tiempo se encontraba trabajando en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Secretaría de Salud, de quien fue uno de los colaboradores más próximos y más queridos. Un año después realizó una estancia de investigación en Lyon, Francia, en la Universidad Claude Bernard, con el grupo del profesor Michel Jouvet. Regresó a México a finales del año 74 para reintegrarse al grupo del doctor Fernández-Guardiola como investigador del Instituto Nacional de Neurología, asignado a la Unidad de Investigaciones Cerebrales. Por ese tiempo formó parte del cuerpo docente de la Facultad de Psicología y del postgrado de la de Medicina en la UNAM. Obtuvo el Doctorado en Ciencias Fisiológicas en el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM en 1984, con la tesis: "Estudio de la actividad fásica del sueño paradójico en el gato (*Felis catus*): Procesos de generación rombencefálica y propagación a los sistemas talámico, visual y límbico".



Este trabajo doctoral marcará su línea de investigación con una aportación de importancia que fue la de incluir al sistema límbico en los mecanismos generadores del sueño, de manera específica con los relacionados al de movimientos oculares rápidos. Además de la tesis, los resultados experimentales de la investigación se concretaron en una publicación internacional titulada "*Phasic activity of the basolateral amygdala, cingulate gyrus, and hippocampus during REM sleep in the cat*", publicado en la revista *Sleep* 7(3):202-210,1984.

En ese mismo año ingresa al Instituto Mexicano de Psiquiatría, en la División de Neurociencias, donde se le nombró Jefe del Departamento de Cronobiología. Obtuvo la beca Fogarty para realizar una estancia posdoctoral en el laboratorio del profesor J. Allan Hobson, en el Massachusetts Mental Health Center de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, en el periodo 1990-1991. En esa época se publican cuatro trabajos que hoy en día son referencias fundamentales en la fisiología del sueño:

- Datta, S., Calvo, J.M., Quattrochi, J. and Hobson, J.A.: Long-term enhancement of REM sleep following cholinergic stimulation. *Neuroreport* 2:619-622, 1991.

- Datta, S., Calvo, J.M., Quattrochi, J. and Hobson, J.A.: Cholinergic microstimulation of the parabrachial nucleus in the cat: I. Immediate and prolonged increases in ponto-geniculo-occipital waves. *Arch. Ital. Biol.*, 130:263-284, 1992.
- Calvo, J.M., Datta, S., Quattrochi, J. and Hobson, J.A.: Cholinergic microstimulation of the parabrachial nucleus in the cat: II. Delayed and prolonged increases in REM sleep. *Arch. Ital. Biol.*, 130:285-301, 1992.
- Hobson, J.A., Datta, S., Calvo, J.M. and Quattrochi, J.: Acetylcholine as a brain state modulator: Triggering and long-term regulation of REM sleep. *Prog. Brain Res.* 98:389-404, 1993.

Posteriormente, el doctor Calvo y Otálora desarrolla y consolida su grupo de trabajo con énfasis en la generación de estudiantes de grado y postgrado.

Presidió la Sociedad Mexicana de Ciencias Fisiológicas de 1996 a 1997, también desarrolló varias líneas de investigación del sueño en humanos, dentro de las que destacan dos temas: la fisiología del sueño en pacientes esquizofrénicos y los contenidos emocionales de las ensoñaciones.

Con su desaparición México pierde a un científico que se educó y profesó la mejor de las ciencias fisiológicas integrativas. Descanse en paz.

Gerhard Heinze, Francisco Pellicer

## Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007

Marcelo Valencia Collazos\*

La celebración del 10 de octubre como el Día Mundial de la Salud Mental puede servir como ocasión propicia para tener un momento de reflexión sobre los principales problemas de la salud mental, de tal manera que podamos adquirir conciencia de su dimensión, así como revisar diversas recomendaciones propuestas por organismos internacionales con el propósito de lograr mejorías en este campo.

No cabe duda que los trastornos mentales, también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento, se han convertido en verdadera preocupación para las personas que los padecen, para sus familiares, para los prestadores de servicios y para todas las personas e instituciones involucradas en este campo.

De acuerdo con la OMS (2003, 2005) actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse.

Una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001. Se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004).

De acuerdo a la información disponible se presentan algunos datos que permiten conocer de manera muy resumida la situación en México. De acuerdo a la Secretaría de Salud, se estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada (Medina-Mora y cols., 2003).

La prevalencia de trastornos mentales severos, según el DSM-IV, realizado durante 12 meses, fue del 12.1% y el uso de los servicios de salud mental fue solamente del 24% (Medina-Mora y cols., 2005).

La búsqueda de atención puede tardar de 8 a 15 años y el 15% de las personas con trastornos mentales prefiere automedicarse (Vitela, 2006). Entre niños y adolescentes de 4 a 16 años de la Ciudad de México, se estimó que 16% podría tener algún tipo de trastorno; la mitad de ellos presentó algún síntoma, pero la necesidad de atención se

\*Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Correspondencia: Marcelo Valencia: e-mail: valencm@imp.edu.mx

consideró únicamente para el 25% de quienes tenían alguna sintomatología, mientras que la búsqueda de atención sólo se reportó para el 13% de los niños y adolescentes, de acuerdo con lo reportado por la madre o el padre entrevistado, con quien vivían (Caraveo y cols., 2002).

En otro estudio se encontró que 2% de niños y adolescentes de hasta 18 años, lo que equivale a dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor con un promedio de siete episodios a lo largo de su vida (Benjet y cols., 2004). Estos datos apoyan los registros de los trastornos mentales que ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, entre las 10 enfermedades más incapacitantes y 4 de ellas son trastornos mentales: la esquizofrenia, la depresión, la obsesión-compulsión y el alcoholismo (Frenk y cols., 1999).

Los trastornos mentales actualmente no se pueden explicar si se consideran únicamente los síntomas y signos de la enfermedad; el otro componente importante es la discapacidad que ocasionan, misma que afecta a una tercera parte de los pacientes. En trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento, la discapacidad a nivel mundial llega hasta 31%. Esta varía en diversas regiones del mundo, siendo Africa la más baja, con 18% y Europa una de las más altas, así como el continente americano con 43% (OMS, 2001). Estos trastornos representan actualmente alrededor de 13% del total de la carga de morbilidad y discapacidad global que causan estas enfermedades, carga que para el año 2020 se estima se incrementará al 15% de la discapacidad ajustada a los años perdidos por la enfermedad. Actualmente esta carga conforma 31% de los años vividos con discapacidad y representa 6 de las 10 causas principales de discapacidad en el mundo; la esquizofrenia ocupa el séptimo lugar (OMS, 2001) y se estima que la depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad a nivel mundial en el 2020 (Murray & López, 1996), convirtiéndose así en un problema de salud pública.

Los trastornos mentales ocasionan costos económicos, sociales, familiares, emocionales y personales para quienes los padecen. Por cuestiones de espacio se mencionan solamente dos ejemplos de índole económico: en los Estados Unidos se ha reportado en 148 billones de dólares el costo directo de los tratamientos, esto representa 2.5% del producto nacional bruto. Los costos indirectos en los países desarrollados son de 2 a 6 veces superiores en comparación con los que se registran en los países en vías de desarrollo, donde los costos son bajos generalmente (OMS, 2005). Otro ejemplo es Chile, con una población de 3.2 millones de habitantes, donde los costos directos del tratamiento de los trastornos mentales es aproximado a los 74 millones de dólares, lo que representa la mitad del presupuesto total de salud mental de ese país (Araya y cols., 2001).

Los costos sociales también pueden ser significativos e incuantificables en términos del rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo para las personas con trastornos mentales. Las familias también deben lidiar con varios aspectos como la carga emocional de cuidar al enfermo si está discapacitado y apoyarlo económicamente si no trabaja, cubrir los costos de los tratamientos como consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos, transportación a los lugares de atención, etc. Asimismo deben considerarse el tiempo que algunos familiares tienen que dejar de trabajar y no percibir ingresos por tener que llevar al paciente a sus consultas y tratamiento; las repercusiones en la disminución de la calidad de vida en la familia, el estrés ocasionado por la enfermedad y como consecuencia la presencia de trastornos mentales y problemas emocionales en los familiares del paciente, como la depresión y el abuso del alcohol; la discriminación ejercida por otras familias o por la comunidad sobre la familia por tener un enfermo mental en el hogar, e incluso el desgaste emocional en casos en que la discriminación intrafamiliar ocurre cuando algún integrante no acepta al enfermo, lo rechaza y lo discrimina negando así el apoyo emocional tan necesario para el paciente.

De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención especializada debido a las limitaciones que existen en la mayoría de los países del mundo en infraestructura de servicios de salud mental; la demanda de atención es muy grande y existe un reducido número de especialistas y personal de salud mental. Pensemos que aproximadamente al 70% de la población mundial le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100,000 habitantes (OMS, 2001). Asimismo, alrededor de casi dos terceras partes de personas con algún trastorno mental, no asisten nunca a un servicio o con un especialista en salud mental. Aun en situaciones en que se demostró la disponibilidad de un servicio de salud mental donde era posible recibir atención, sólo 35% de personas afectadas por un trastorno mental acudió a consulta con un especialista en salud mental (OMS, 2001). Si bien se ha encontrado que los servicios comunitarios son más eficaces que los hospitalarios, en los hospitales psiquiátrico 65% de las camas están disponibles para los enfermos mentales (OMS, 2003). Sin embargo, la tendencia es incrementar la atención de los pacientes en centros comunitarios y reservar el hospital psiquiátrico para los casos más graves que ameriten hospitalización. En otros casos y por diversidad de razones como no saber dónde buscar atención, desinformación o desconocimiento de la enfermedad mental, el tiempo que tarda un paciente con esquizofrenia en llegar a un servicio de salud mental puede ser de hasta dos años, lo que complica la evolución de la enfermedad al no ser tratada oportunamente (Valencia, 1996, 2002, 2004). Se ha pronosticado también el incremento de la carga de los trastornos mentales, sobre todo en

países con sistemas de salud mental poco desarrollados. Entre las razones de este pronóstico se mencionan a la rápida urbanización, los cambios macroeconómicos, los desastres naturales, los conflictos bélicos, así como la pobreza en que viven las personas sin hogar o en hacinamiento, con mayores niveles de contaminación, sin ningún tipo de apoyo social y con problemas en las relaciones familiares. También debe considerarse que es mayor el número de personas en el mundo que viven en situaciones de tensión social y/o conflictos armados, que provocan situaciones de crisis como la pérdida de sus hogares, la muerte de familiares, la hospitalización de familiares heridos y la discapacidad permanente, los desplazamientos geográficos, las repercusiones emocionales del conflicto, etc. De igual forma, existen otros factores comunes a la pobreza mundial como vivir en situaciones extremas de estrés psicosocial, pobreza, marginación, desilusión, desesperanza y con dificultades para recibir atención respecto a su salud mental. Cada vez es mayor el número de personas expuestas a la violencia al ser víctimas de asaltos, robos, secuestros e inseguridad; lo que incrementa su vulnerabilidad a padecer trastornos mentales como el trastorno de estrés post-traumático, la depresión, algún tipo de adicción o incrementa el riesgo de intentos de suicidio.

Los trastornos mentales impactan de una manera considerable en los adultos jóvenes que son la parte más productiva de la población. Sin embargo, los niños también se ven afectados cuando presentan problemas de aprendizaje por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, de ansiedad por separación, de desempeño escolar, de conducta o emocionales, lo que implica su asistencia a consulta con un especialista, el uso de psicofármacos si es necesario, así como recibir apoyo terapéutico, escolar y familiar.

Respecto a los recursos financieros y a las políticas de salud mental se puede comentar que más de una cuarta parte de los países, es decir 28%, carecen de presupuestos específicos para la salud mental y que de los países con asignación de recursos para este rubro, 37% gasta menos del 1% de ese presupuesto. En todo caso, los gastos en salud mental equivalen a menos del 1% del presupuesto global, en 62% de los países en vías de desarrollo y en 16% de los países desarrollados. El 25% de las naciones no tienen acceso a los psicofármacos básicos de atención primaria, y 37% de los países carecen de servicios de salud mental comunitarios. El problema se agrava si se considera que 30% de los países no tiene un programa nacional de salud mental, que 40% carece más de una política de salud mental y que 25% de los países con políticas públicas para atención psiquiátrica no se les asigna ningún presupuesto. En México, se destina sólo 1% del presupuesto a la salud mental cuando la OMS recomienda que se asigne 10% (OMS, 2001, 2003, 2005).

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal.

Afortunadamente, el tratamiento de los trastornos mentales ha presentado cambios considerables ya que, hace más de 50 años, la única opción para una persona con una enfermedad mental era su reclusión en alguna institución mental, hecho que varió con la aparición de los medicamentos neurolépticos, única forma de tratamiento que inició el proceso de la desinstitucionalización, lo que implicó la salida de los pacientes a la comunidad. Esto obligó a buscar opciones de intervención y apoyo en la comunidad como las casas de medio camino, los servicios de hospitalización parcial, las comunidades terapéuticas, las familias sustitutas, etc (Ryan y cols., 1982). Dicho tratamiento no sólo consistió en lograr el control y la estabilidad de los síntomas de la enfermedad (componente biológico), también se consideró el funcionamiento del paciente en la comunidad (el componente psicosocial). La exclusividad del tratamiento farmacológico se modificó debido a la aparición de otras alternativas terapéuticas, que existen desde hace 60 años (Malm, 1990), en combinación con los psicofármacos. Esto cambió la perspectiva de los trastornos mentales antes conceptualizados únicamente como enfermedades médicas, es decir unifactoriales, para entenderlas como enfermedades multifactoriales que incluyen el componente biológico y el psicosocial.

Actualmente existe una gran variedad de tratamientos para los trastornos mentales que generalmente combinan el uso de psicofármacos con la psicoterapia en sus distintas modalidades: individual, grupal, familiar, etc., así como programas de cursos psicoeducativos para los pacientes y sus familiares. Los tratamientos integrales para los trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los relacionados con el consumo de alcohol y drogas, por mencionar algunos, han demostrado su efectividad. Esta se encuentra registrada en el Informe Mundial de la Salud del 2001, así como en libros y revistas científicas de todo el mundo. En el Informe del 2001, se mencionan sólo 4 ejemplos: 1.- La depresión se puede tratar de manera exitosa mediante el uso de medicamentos antidepresivos en combinación con intervenciones psicosociales; 2.- El tratamiento psicosocial, la terapia familiar y los medicamentos antipsicóticos en conjunto, pueden reducir los porcentajes de recaídas de 50% a 10%, en pacientes con esquizofrenia; 3.- El tratamiento para control del uso de drogas es efectivo al reducir el consumo entre 40-60%, y 4.- Cuando se utilizan las intervenciones breves dirigidas a bebedores en riesgo, se puede reducir el consumo de alcohol 30%. El

tratamiento integral indica que los psicofármacos son generalmente el abordaje inicial, estos, generalmente deben ser acompañados en alguna forma de la intervención psicosocial para el paciente, así como la terapia para la familia. En este sentido, las intervenciones, los tratamientos, las terapias o las psicoterapias psicosociales de los trastornos mentales, han demostrado su efectividad desde hace más de 50 años (Paul y Lenz, 1997; APA, 1993; Valencia y Ortega, 2001). Un ejemplo muy claro es lo que ha ocurrido en México, país en vía de desarrollo, donde se han probado modelos innovatorios de intervención en pacientes con esquizofrenia, mediante la combinación del manejo de los medicamentos antipsicóticos con diversas modalidades de tratamiento psicosocial en los pacientes, así como terapia a sus familiares, y se ha demostrado la efectividad de este tipo de intervenciones, como ayuda considerable y significativa para reducir la sintomatología psicótica, mejorar el funcionamiento psicosocial, reducir los niveles de recaídas y rehospitalizaciones, mayor cumplimiento con los antipsicóticos y mayor adhesión terapéutica (Valencia, 1996, 2001, 2002, 2003, 2004). Algunos de estos datos se encuentran incluidos en el documento denominado Guía Latinoamericana para el Tratamiento de las Personas con Esquizofrenia, patrocinado y coordinado por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), cuya aparición será en noviembre del 2007 y servirá como lineamiento para el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias en Latinoamérica.

Se han desarrollado diversas estrategias y recomendaciones para mejorar la salud mental de la población en el mundo, entre estas se encuentran las 10 propuestas de la OMS (2003) que resumimos de la siguiente manera: 1.- Proporcionar tratamiento en los servicios de atención primaria. 2.-Hacer accesibles los psicofármacos. 3.-Proporcionar atención comunitaria. 4.- Promover la educación sanitaria. 5.-Involucrar a las comunidades, a las familias y a los usuarios. 6.-Establecer políticas, programas y legislaciones a escala nacional. 7.-Desarrollo de los recursos humanos, 8.- Establecer vínculos con otros sectores. 9.-Evaluar la salud mental comunitaria y 10.- Destinar mayor apoyo a la investigación.

Sin embargo, el abordaje de los trastornos mentales no es la única forma de entender la salud mental, sobre todo si consideramos que la mayoría de la población no padece ningún trastorno mental y por lo tanto no tiene un diagnóstico psiquiátrico, no necesita tomar psicofármacos, no necesita internamiento, ni amerita atención psiquiátrica especializada, pero puede llegar a tener problemas de salud mental con afectaciones en su salud emocional que implicará la necesidad de buscar alternativas terapéuticas como algún tipo de psicoterapia, sin necesidad de tomar psicofármacos. Debido a que los seres humanos generalmente tenemos la necesidad de hablar y que alguien escuche nuestros problemas, esto puede ayudar para sentirnos mejor. Existe un grupo de personas más reservadas e introvertidas que prefieren no hablar de sus problemas, se los guardan, y luego tienen conductas agresivas e inconveniente para quienes les rodean. Lo anterior es común cuando no hay posibilidad de hablar sobre nuestros problemas y no tenemos con quien hacerlo, ya que existen personas que no les gusta escuchar los problemas de los demás, y el ritmo de vida impide que los padres escuchen a sus hijos. En este sentido, el principio básico de la psicoterapia consiste en que la persona pueda tener un espacio para hablar de sus dificultades y conflictos, con un profesional debidamente entrenado en las técnicas de la psicoterapia. Las personas con problemas emocionales necesitan ser escuchadas y la psicoterapia puede ofrecer un excelente espacio que sirva para intentar la resolución de estos problemas. Existen diversas modalidades terapéuticas por medio de las cuales las personas pueden recibir ayuda en el nivel individual, grupal, de pareja o familiar, entre otros.

Enlistar los problemas de salud mental puede ser interminable ya que éstos tienen que ver con dificultades que se pueden convertir en conflictos de distinta magnitud entre padres e hijos, entre hermanos, en las relaciones de pareja, en las relaciones laborales, entre maestros y alumnos, entre vecinos, entre familias, y pueden generar diversas formas de maltrato emocional, acoso y abuso sexual, e incluso el síndrome del *burn-out*, etc. De esta forma, la salud mental se puede entender como un proceso dinámico que, generalmente, ocurre en un continuo salud-enfermedad mental, aunque en la mayoría de los casos no se llega necesariamente a la enfermedad y estas personas pueden mantener su salud mental con variaciones dependientes de diversas circunstancias. Las personas que no padecen trastornos mentales pueden presentar otro tipo de problemas de salud mental que pueden afectar su bienestar emocional, así como problemas psicosociales que afectan su funcionamiento y por ende su vida cotidiana. De ahí que la salud mental condicione las actividades que realizan las personas y las habilidades psicosociales que tienen para enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Cuando las personas no han adquirido las habilidades psicosociales necesarias, tendrán dificultades para desempeñarse satisfactoriamente en las diversas áreas de sus funciones por lo que pueden presentar problemas en una ocupación o trabajo, en el manejo de sus ingresos económicos, en sus relaciones sociales, en sus relaciones de pareja, incluido su componente sexual y en sus relaciones familiares. Los recursos emocionales son otro aspecto importante en la salud mental de los individuos: una persona que desde niño no tuvo la posibilidad de aprenderlos no tendrá la capacidad emocional para enfrentarse de una manera sana a los problemas de la vida cotidiana y podrá ser insegura, agresiva, conflictiva, con un bajo nivel de autoestima, con una necesidad muy grande

de tener la aprobación permanente de los demás, depresiva e inmadura. Por lo tanto vivirá una situación muy diferente a la de otra persona que tuvo el acompañamiento emocional de sus padres y adquirió recursos emocionales que le permiten tener seguridad, buen nivel de autoestima y sobre todo madurez, entendida ésta como la construcción de la identidad, con independencia física, económica y emocional de la familia de origen, así como la capacidad de asumir responsabilidades, planificar, ser productivo, respetar las opiniones de los demás, poder intimar consigo mismo y con otros seres humanos, que lo lleve a establecer vínculos afectivos y amorosos profundos que impliquen capacidad de compromiso, conocerse a sí mismo y tener autocrítica.

La Organización Mundial de la Salud (1960) define a la salud como: “Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”. En este concepto, el bienestar mental aparece como un componente importante de la salud integral. Sin embargo, pueden existir preguntas difíciles de contestar sobre este aspecto como: ¿qué tan posible es definir e identificar a una persona con salud mental?, o bien, ¿existen personas que toda su vida tengan salud mental? y la más difícil, ¿cómo diferenciar la normalidad de la anormalidad en el mundo tan convulsionado actualmente? Parece que la vida de las personas tiene que ver con las ocasiones en que existen momentos de salud mental y otras situaciones en las que debido al estrés emocional o psicosocial, la salud mental se ve afectada. Por lo anterior concluimos que todos en algún momento tenemos problemas con nuestra salud mental. La salud mental puede asociarse con palabras como: tranquilidad, estabilidad, equilibrio, prudencia, tolerancia, madurez, sensatez y búsqueda de la felicidad. Una definición final que podría ayudar a entender, de manera más precisa, el concepto de salud mental es la que propone el doctor Ahmed Okasha (2005), Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, quien considera a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades”.

Un cambio importante que ha ocurrido en los últimos años, es que el manejo de la información respecto a los trastornos mentales y a la salud mental no es algo exclusivo de los especialistas. Actualmente la información se encuentra disponible para todos los interesados: pacientes, familiares y público en general.

Las familias de personas con trastornos mentales merecen un comentario especial. El cambio ha consistido en una participación más activa e importante de las familias, en el proceso de la enfermedad, durante el tratamiento, en el proceso de recuperación y en el apoyo emocional al paciente. La aparición en los últimos años de diversas asociaciones de familiares, es una prueba de ello, ya que ahora se cuenta con el apoyo de familiares quienes, a través de terapias y cursos psicoeducativos, tienen un amplio conocimiento de la enfermedad y cuentan con las herramientas necesarias para enfrentarse a situaciones de crisis, así como resolver problemas y tener una alianza con los especialistas en beneficio del paciente.

Finalmente, la difusión de la salud mental es importante, por lo que se propone que la información disponible en este campo trascienda al personal de la salud mental de manera que pueda ser ampliamente difundida y se encuentre disponible para el público en general, con el propósito de que sea de utilidad para prevenir, promover y fomentar la búsqueda de la salud mental de todos los ciudadanos. Sin duda, es mejor tener a la población debidamente informada para que se puedan evitar estigmas, prejuicios, discriminación, y promover el respeto a los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales.

### **Agradecimientos**

Se agradece al doctor Jorge Caraveo y al doctor Mario Gómez por sus valiosos comentarios realizados al presente trabajo, así como a Rosario Infante por su colaboración en la búsqueda de algunas referencias bibliográficas.

### **Referencias**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Psychosocial Treatment Research in Psychiatry. A Task Force Report of The American Psychiatric Association, primera edición, Washington, 1993.
- ARAYA R: Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233, 2001.
- ASOCIACION PSIQUIATRICA DE AMERICA LATINA (APAL). Guía latinoamericana para el tratamiento de las personas con esquizofrenia, 2007.
- ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA (APM). Guía latinoamericana para el tratamiento de las personas con esquizofrenia, 2007.
- BENJET C, BORGES G, MEDINA-MORA ME, FLEIZ-BAUTISTA C, ZAMBRANO J: La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5):417-424, 2004.
- CARAVEO J, COLMENARES E, MARTINEZ NA: Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44:492-498, 2002.

- FRENK J, LOZANO R, GONZALEZ MA: Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la salud, México, 1999.
- MALM U. Group therapy. Chapter 10. Handbook of Schizophrenia, 4: Psychosocial treatment of schizophrenia. Elsevier Science Publishers, 1990.
- MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA C, BENJET C, BLANCO J, FLEIZ C, VILLATORO J, ROJAS E, ZAMBRANO J, CASANOVA L, AGUILAR-GAXIOLA S: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16, 2003.
- MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA C, BENJET C, BLANCO J, FLEIZ C, VILLATORO J, ROJAS E, ZAMBRANO J: Prevalence, service use, and demographic correlates of 12 month DSM-IV psychiatric disorders in México: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35:1773-1783, 2005.
- MURRAY CJL, LOPEZ AD (Eds): The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Cambridge, Massachusetts, 1996.
- OKASHA A: Globalization and mental health: a WPA perspective. *World Psychiatry*, 4: 1-2, 2005.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Informe sobre la salud mental en el mundo. OMS, Ginebra, 2001.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. OMS, Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2005
- PAUL GL, LENTZ R: Psychosocial treatment of the chronic mental patient. Harvard University Press, 1977.
- RYAN P, VALENCIA M, OTERO BR., NUÑEZ, M.; GONZALEZ, N; RASCON, ML. Alternativas al hospitalismo. *Salud Mental*, 5(3):8-15, 1982.
- SARACENO B. Mental health: scarce resources need new paradigms- *World Psychiatry*, 3:1-5, 2004.
- VALENCIA M: Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Rev. Psiquiatría*, 12:72-86, 1996.
- VALENCIA M, ORTEGA H, RASCON ML, GOMEZ L: Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6):358-369, 2002.
- VALENCIA M, ORTEGA H, RODRIGUEZ MS, GOMEZ L: Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera Parte. *Salud Mental*, 27(3): 47-53, 2004.
- VALENCIA M, ORTEGA H: El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En Ortega H, Valencia M, (eds). *Esquizofrenia: Estado Actual y Perspectivas*. Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2001.
- VALENCIA M, RASCON ML, QUIROGA H: Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26(5):1-18, 2003.
- VALENCIA M, ORTEGA H, RODRIGUEZ MS, GOMEZ L: Estudio comparativo respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Parte II. *Salud Mental*, 27(4): 35-43, 2004.
- VITELA N. Trastornos mentales, identifíquelos. *Reforma Salud*, marzo: 12-13, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization, Ginebra, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atlas: Mental health resources in the world. World Health Organization, Ginebra, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization, Ginebra, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Context. World Health Organization, Ginebra, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Wide research need to solve the problem of mental health. World Health Organization, Ginebra, 1960.