

SALUD MENTAL EN AMERICA LATINA: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

Dr. René González Uzcategui¹

Este trabajo intenta ofrecer un cuadro general de la situación de la salud mental en los países latinoamericanos, su relación con la estructura demográfica, es decir con una migración no dirigida y con una urbanización desordenada. Señala asimismo la escasez y la mala distribución de los recursos formales para hacer frente a los problemas de salud mental.

A pesar de los numerosos riesgos que implica tratar de hacer un enfoque de conjunto de los pueblos de América Latina desde el punto de vista de la salud y, particularmente, de la salud mental, existe un buen número de circunstancias y condiciones que son comunes a todos esos pueblos y que justifican, en gran medida, el tratamiento de conjunto.

Ahora bien, determinar cuáles son las características que tienden a homogeneizar a estos países y cuáles conforman su identidad y singularizan su mismidad es tarea que escapa al ámbito de la disciplina psiquiátrica. En el presente trabajo lo que se pretende es ofrecer un cuadro general de la situación de salud mental de los países latinoamericanos, en lugar de presentar una serie de imágenes sucesivas acerca de la manera en que se percibe el problema en las diferentes naciones. La desventaja más evidente de tal tipo de generalización estriba en el hecho de que cada país se encuentra en distinto grado de desarrollo y que, aun dentro de un mismo país, puede haber regiones muy disímiles en cuanto al grado de bienestar y a la patología prevalente. Tal vez, la ventaja mayor resida en que, a partir de la observación general, se llegue a establecer las bases para poner en práctica acciones que tiendan a aliviar la situación en los países.

La salud mental y el proceso de desarrollo

Las diferencias que se observan en el nivel de salud mental de los distintos grupos de

población, así como en la cantidad y calidad de los servicios que se dispone, están relacionadas en cierto modo con el grado de desarrollo socioeconómico que hayan alcanzado. Ahora bien, el concepto de desarrollo varía de acuerdo con la concepción del mundo en que se apoya. En general, se refiere a una situación de bienestar común logrado por ciertos países en contraposición a otros, llamados subdesarrollados o en desarrollo, que aún no han alcanzado ese estado. La expresión desarrollo económico-social es de uso común; pareciera que la utilización del término correspondiera a una ponderación tanto de los factores económicos como de los sociales pero, en la práctica, al tratar de clasificar un país, el factor económico es el que posee una connotación más fuerte. Ha sido y es el factor determinante para que muchas naciones menos favorecidas establezcan programas de desarrollo en los que prevalece la mayor producción y consumo de bienes y, en cambio, se relegan los aspectos sociales.

Los factores económicos, culturales y sociales que configuran el llamado subdesarrollo condicionan de una manera determinante la patología prevalente en las regiones y grupos humanos que se encuentran en esa situación. Esta relación ha sido reconocida con preferencia en el ámbito de las enfermedades somáticas, especialmente las que afectan a los niños; en las producidas por carencias nutricionales, y en las enfermedades infectocontagiosas. Se establece así el círculo vicioso de la miseria y la enfermedad,

¹ Asesor Regional en Salud Mental, OPS.

en el que la pobreza, el medio insalubre y la existencia de patrones culturales indeseables son causa y consecuencia de niveles precarios de salud. En el caso de las enfermedades mentales y de los desajustes de personalidad no se ha atribuido a esta relación la importancia que realmente reviste. Esta negligencia se debe en parte a la falta de información, y en parte, a una actitud de rechazo hacia todo lo relacionado con los desequilibrios de la mente, actitud que está enraizada en la tradición y en temores no conscientes, generadores de angustia.

Las estadísticas de mortalidad son la principal fuente de información respecto a la patología imperante en los países latinoamericanos. Solo en raras ocasiones las enfermedades mentales son causa directa de muerte, y no aparecen representadas en proporción a su importancia en la información que habitualmente proporcionan las oficinas de estadísticas.

Las condiciones sociales de los países en desarrollo favorecen la mayor prevalencia de cierta patología mental; con todo, solo en contadas instancias se dispone de información cuantitativa fidedigna que respalde dicha observación. Existen razones para suponer que los cuidados insuficientes que se brindan a la madre y al niño, la frecuente prematuridad y las infecciones y traumatismos de la infancia—condiciones muy frecuentes en los países en desarrollo—pueden dejar una importante secuela de daño cerebral, epilepsia y retardo mental en la población afectada. Se sabe asimismo que en estos países existen fuertes corrientes migratorias internas y que en este proceso, la gente del campo que se traslada a los centros urbanos soporta el impacto de un conjunto de factores que dan origen a desequilibrios. Entre esos factores patógenos se destacan la adopción de nuevas tecnologías, el desempleo y el subempleo, la desorganización de las familias, la percepción de que existen objetivos inalcanzables y satisfacciones irrealizables. Los índices de desajuste social, que

se traduce casi siempre en hechos violentos, son muy altos en esas poblaciones.

La situación en América Latina

Los problemas de salud mental existentes en América Latina revisten una importancia singular. El público y los administradores y políticos en general perciben muy débilmente esos problemas y a menudo esa percepción está distorsionada por actitudes, creencias y tradiciones que dificultan un enfoque objetivo. A pesar de que el concepto de salud mental está incorporado teóricamente en todos los planes de salud y de que se encuentra siempre presente en las declaraciones de política de salud, lo cierto es que, en la práctica, no se le concede la prioridad que sería aconsejable. Se ha dado el caso de que en algunos países se crea una división, departamento o sección de salud mental que desaparece al cabo de cierto tiempo. Se trata de casos excepcionales, pero el hecho de que así ocurra no deja de tener cierto valor demostrativo.

La estructura demográfica constituye un buen marco de referencia en el cual se puede delinear el perfil de la salud mental de los pueblos latinoamericanos y su estado de avance socioeconómico; se estima que en 1970, sobre 283 millones de latinoamericanos, el 42% era menor de 15 años (1, 2). Esta desproporción condiciona la existencia de numerosos problemas de salud, entre los que se encuentran los relacionados con la prestación de servicios generales de salud actualmente insuficientes, tanto para niños como para adolescentes. Lo mismo es válido para los servicios de salud mental y psiquiatría. El sistema educativo enfrenta un déficit de maestros y escuelas para la población escolar normal, situación que es mucho más grave en cuanto a la educación de niños retrasados y con trastornos de conducta. La asistencia psicopedagógica a niños retrasados mentales ha sido tradicionalmente una función asumida por la iniciativa privada, que ha creado instituciones y contratado espe-

cialistas. Lamentablemente solo se benefician los niños que viven en las grandes ciudades y cuyos padres pueden afrontar los costos involucrados.

En algunos países, los Gobiernos se han propuesto corregir el déficit de servicios públicos y gratuitos para niños y adolescentes con problemas de conducta mediante la capacitación de maestros especializados y el establecimiento de centros de educación diferencial, clínicas de conducta y de psiquiatría infantil y servicios de consultoría para las escuelas, pero el estado de desarrollo de esas iniciativas es incipiente.

Debido a la ausencia de información estadística confiable, que permita la recolección permanente de datos sobre mortalidad y morbilidad por enfermedades mentales, en varios países se ha recurrido a la práctica de encuestas. Estas investigaciones epidemiológicas se refieren a la prevalencia de enfermedades mentales, estimada a partir de observaciones sistematizadas que repre-

sentan cortes transversales en un punto geográfico determinado y en un momento dado de la vida de la población. Con todo, no se han efectuado estudios de incidencia por la dificultad para establecer fechas de iniciación y, sobre todo, porque el seguimiento de poblaciones durante períodos prolongados es un método costoso y que presenta numerosos problemas técnicos y administrativos cuya solución no está actualmente al alcance de la mayoría de los países.

Varios estudios epidemiológicos han revelado que en los estratos socioeconómicos pobres de los países avanzados existe una mayor frecuencia de retraso mental y epilepsia. Es lógico suponer que la prevalencia de estas enfermedades sea también elevada en los países en desarrollo, donde existen circunstancias similares que pueden afectar adversamente el funcionamiento del sistema nervioso central; en ese sentido, las encuestas realizadas en varios países latinoamericanos (3-12) confirman esa suposición. En los estudios referidos, cuyos resultados aparecen resumidos en el cuadro 1, se encontraron tasas de prevalencia del retraso mental que oscilaron entre 10.0 y 33.5 por 1,000 habitantes, y una frecuencia de epilepsia que varía entre 3.0 y 21.7 por 1,000 habitantes. Estas tasas se obtuvieron en investigaciones sobre patología mental general, mediante técnicas diferentes si bien en la mayoría de los casos se utilizaron cuestionarios. Cabe suponer que si dichas técnicas hubieran sido uniformes, los resultados habrían presentado una variación menor, y que si, por otra parte, se hubieran empleado métodos de diagnóstico orientados más específicamente al descubrimiento de las enfermedades mencionadas, las tasas habrían sido sin duda mucho más altas.

La elevada prevalencia del retraso mental y de la epilepsia en ciertos países de América Latina podría explicarse en parte por el hecho de que los niños cuyas madres no han recibido cuidados obstétricos adecuados están expuestos, en mayor medida, a que



Los temores no conscientes y la tradición tratan de ignorar los desequilibrios mentales (foto: OMS, J. Mohr).

CUADRO 1—Prevalencia de enfermedades mentales por 1,000 habitantes según distintas encuestas realizadas en América Latina (1957-1970).

Lugar	Investigador	Año de la encuesta	Tamaño de la muestra	Psicosis	Neurosis	Alcoholismo	Epilepsia	Retardo mental	Total de trastornos mentales
Lima (Perú)	Rotondo <i>et al.</i>	1957	239	32.7 ^b	154.1 ^b	88.0 ^b	16.0 ^b	—	426.0 ^b
Santiago (Chile)	Horwitz y Muñoz	1958	3,203	14.2	205.0	51.0 ^a	20.0	11.8	
México	Dirección General de Salud Mental	1950		4.6	4.6	5.5	7.3		40.5
Lima (Perú)	Mariátegui <i>et al.</i>	1962	2,901	11.0	54.8	17.6	14.1	13.8	
México	Cabildo	1964	11,328	10.1	134.5	7.0	3.0	12.2	329.6
Costa Rica (sector rural)	Adis Castro	1966	650	24.8 ^c	402.5 ^c	132.3 ^d	21.7 ^e		
El Cerrito (Colombia) (sector semi-rural) ^f	León <i>et al.</i>	1967	213	60 ^g	364		14		727
San José de Costa Rica (sector urbano)	Adis Castro	1967	100	70.0 ^c	280.0 ^c	243.9 ^d	20.0 ^e		
Santiago (Chile)	Horwitz y Marconi	1968		3.0	153.0	20.0 ^a	11.0	12.0	175.0
Lanús (Argentina)	Tarnopolsky <i>et al.</i>	1969	1,046	9.5	128.4	27.2	11.5	14.7	179.7
Santiago (Chile)	Moya <i>et al.</i>	1969		2.3	122.0	45.0	14.0	10.0	
Buenos Aires (Argentina)	Crimson <i>et al.</i>	1970	3,357			232.0	9.3	33.5	

^a Mayores de 15 años; ^b Mayores de 20 años; ^c Mayores de 18 años; ^d Sólo sujetos de sexo masculino; ^e Incluye recaídas y casos perdidos; ^f Tasas extrapoladas a partir de una submuestra aleatoria de 33 adultos entre 20 y 49 años; ^g Esquizofrenias.

su sistema nervioso central sufra alteraciones; de la misma manera una alta proporción de niños no son debidamente protegidos frente a enfermedades relacionadas con el ambiente, a lo que se suma como factor coadyuvante, la mala nutrición. En el caso del retraso mental hay que agregar otro elemento de importancia: los niños de las clases pobres, que constituyen la mayoría, no reciben en los primeros años de su vida, suficientes estímulos psicosociales y como consecuencia, algunos de ellos al llegar a la edad escolar presentan un cuadro de retraso mental funcional el cual se manifiesta en un rendimiento escolar bajo.

En las investigaciones ya citadas se trató, igualmente, de determinar las tasas de prevalencia de las psicosis, neurosis y alcoholismo (cuadro 1).

En estas investigaciones se agudizan las disparidades de criterios metodológicos y, por consiguiente, de los resultados que se obtienen; en cuanto a psicosis y neurosis las tasas referidas llegan a ser tan diferentes que se hace difícil establecer comparaciones. Es posible que las discrepancias entre los investigadores latinoamericanos se deban, en una buena parte, a las diferencias en los métodos de exploración y criterios diagnósticos utilizados; las cifras que se encuentran son, en ocasiones, muy dispares: tal es el caso de las tasas registradas por Muñoz, Marconi y Horwitz (11) en Santiago (Chile), que indicaban 3 casos de psicosis por cada 1,000 habitantes y 153 neurosis por cada 1,000 habitantes, en tanto que las halladas por

León y sus colaboradores (10) en Cali, Colombia, fueron de 60 y 364 casos por 1,000 habitantes, respectivamente.

Chile es el país de América Latina donde se ha realizado el mayor número de estudios epidemiológicos sobre alcoholismo; repetidas veces se ha encontrado una tasa de prevalencia de adicción al alcohol de aproximadamente 5% en la población mayor de 15 años (3, 9, 11). En investigaciones efectuadas en otros países se han establecido porcentajes de alcoholismo que van del 0.3 al 24% (6, 7). Una vez más las diferencias en las tasas de prevalencia se deben en parte a las discrepancias en la definición de "enfermo alcohólico"; en cambio, cuando se engloba en una tasa única los casos de "adicción al alcohol" y de "beber excesivo" como concepto general, las diferencias no son tan grandes. Debemos señalar que existen numerosos países en los cuales hay indicios de una alta prevalencia de alcoholismo, aún no confirmada por estudios epidemiológicos.

La mortalidad por cirrosis hepática constituye un indicador indirecto del problema del alcoholismo. Según las estadísticas de 1969-1972, en ocho países de América Latina las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, ajustadas por edad, eran superiores a 7 muertes por cada 100,000 habitantes (14); particularmente significativas resultaron las de Argentina, Chile y México, países donde la razón entre las tasas correspondientes al sexo masculino y al femenino era de 3 a 1, respectivamente.

Además del alcohol, el café y el tabaco, la sustancia más difundida en América Latina y cuyo uso produce dependencia es el cáñamo indio, marihuana o *Cannabis sativa*. Las escasas encuestas sobre su consumo (15-19) son de alcance limitado, especialmente por las dificultades de carácter legal. Parece ser que el consumo de cannabis es, fundamentalmente, un problema urbano que afecta de preferencia a la población de adolescentes y adultos jóvenes. Un aspecto

que convendría investigarse es la influencia de los medios de comunicación de masas que favorecen la difusión del consumo de esta sustancia y de otros tipos de fármacos que producen dependencia. Igualmente, es necesario realizar investigaciones epidemiológicas sobre la magnitud del consumo de otros fármacos como los depresores y excitantes del sistema nervioso central, los cuales se están utilizando con fines no médicos, afortunadamente todavía en escala reducida, en la mayoría de las grandes ciudades latinoamericanas. Aparentemente la frecuencia de su uso va en aumento en las ciudades con un proceso de industrialización avanzado y donde se observan cambios de patrones de vida.

El consumo de cocaína en su forma de alcaloide puro, o de los opiáceos, no es un problema que reviste grandes proporciones en América Latina. En cambio, la masticación de hojas de coca o coquismo es una práctica muy extendida en algunos países de la región cordillerana. Hace varios años se realizó en Perú una amplia encuesta nacional sobre este hábito, cuyos resultados (20) lamentablemente, no llegaron a publicarse. En esta indagatoria se encontró una frecuencia del 13% de masticadores habituales en el promedio de la población general. Entre los hallazgos dignos de mención se cuenta el hecho de que la frecuencia del coquismo disminuye al migrar el indígena a centros urbanos y que el hábito se hace menos frecuente aún en hijos y nietos de migrantes; al asimilarse a la cultura "del desarrollo" ellos optan más bien por el consumo de bebidas alcohólicas. En el mismo estudio se verificaron relaciones entre la frecuencia del hábito y las siguientes variables: tipo de trabajo, tenencia de la tierra, grado de educación, sexo e ingreso familiar. Lo expresado indica que el coquismo no presenta un problema similar al de otras farmacodependencias y que debe tener un tratamiento especial.

Las muertes violentas no son necesaria-

mente la expresión de desequilibrios psíquicos, pero es innegable que los factores psicológicos tienen un papel importante, hasta tal punto que su distribución, frecuencia y estilo reflejan, a manera de barómetro, el nivel de salud mental de las poblaciones. En América Latina las muertes violentas son muy frecuentes, tanto las autoinfligidas como las provocadas voluntariamente por terceros, y por accidente.

En América Latina se registran las tasas de homicidios más altas del mundo. En 1972, en 11 países, el homicidio estaba entre las primeras cinco causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 44 años (14). En 1972 siete países de América superaron la tasa de 10 homicidios por cada 100,000 habitantes y solo ocho tenían tasas inferiores a 5 por 100,000 habitantes. Estas muertes ocurren preferentemente en la población masculina adulta joven que habita en el medio rural, y, en una alta proporción, el victimario, la víctima o ambos actúan bajo la influencia del alcohol (21).

Las altas tasas de suicidio y de homicidio en los países latinoamericanos parecen desmentir dos creencias difundidas: la poca

frecuencia del suicidio en países católicos en desarrollo y la existencia de una razón inversa entre suicidios y homicidios; ello se basa en la suposición de que la agresividad francamente expresada en actos violentos contra el prójimo no se manifiesta en auto-agresión. Existe, además, un hecho muy alarmante desde el punto de vista de la salud pública y de la salud mental y es la alta ocurrencia de suicidios en personas jóvenes, en proporción mucho mayor que la observada en otras latitudes. En cinco países, en el período 1970-1972 (14), la tasa global de muertes por suicidio, ajustada por edad, era superior a 5 por 100,000. Llama la atención la alta proporción de casos en el grupo de edad de 5 a 44 años, tanto en países que registran mortalidad elevada, como en los de mortalidad moderada debida al suicidio. En el cuadro 2 se presenta la distribución porcentual del total de suicidios ocurridos en 16 países de América Latina, en Estados Unidos y Canadá, según los diferentes grupos de edad. Se observa que en 13 países de América Latina más del 60% de los suicidios ocurren antes de los 45 años de edad y que en 10 de ellos, un

CUADRO 2—Distribución porcentual por grupos de edad del total de suicidios en 18 países de América (1969-1972).

Países	Grupos de edad							
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Argentina	1	18	17	16	16	15	12	7
Colombia	3	36	25	15	9	6	4	1
Costa Rica	2	36	22	14	14	2	9	3
Cuba	1	21	17	14	13	15	11	9
Chile	3	32	23	15	11	9	5	2
Ecuador	0	41	24	13	11	6	3	2
El Salvador	0	41	26	13	11	6	3	1
Guatemala	2	34	27	17	9	7	3	1
México	0	34	22	14	11	9	7	4
Nicaragua	0	50	35	10	0	5	0	0
Panamá	0	30	19	19	11	11	5	5
Paraguay	7	22	24	11	16	11	7	2
Perú	7	22	24	11	16	11	7	2
República Dominicana	4	37	18	17	12	5	5	3
Uruguay	2	15	14	16	15	18	13	7
Venezuela	4	34	18	15	13	9	5	2
Canadá	1	19	18	19	20	14	7	4
Estados Unidos	1	14	15	16	20	17	11	7

tercio o más de esas muertes autoinfligidas, corresponden a personas entre los 15 y los 25 años de edad. En numerosas muertes accidentales existen ciertos factores psicológicos—conscientes o inconscientes—que, en realidad confieren a esos accidentes el carácter de suicidios; en otros casos el suicidio es evidente o existen grandes indicios en su favor y no obstante la muerte se diagnostica como accidental. De cualquier modo los accidentes se encuentran entre las cinco primeras causas de muerte en 23 países de América (14) y, en algunos grupos de edad, son la primera causa de muerte. Entre ellos tienen singular importancia los producidos por vehículos de motor, debido a la tendencia sostenida al aumento de su incidencia en todos los países de América Latina. Las tasas de mortalidad por accidentes viales en Estados Unidos y Canadá superan a las de los países latinoamericanos; ahora bien, teniendo en cuenta el número promedio de kilómetros recorridos por pasajero u otro indicador semejante, se encuentra que la exposición al riesgo es mucho mayor en los países de Latinoamérica (22). Se ha observado la alta proporción de peatones entre las víctimas y se ha señalado la influencia del alcohol como causa de esos accidentes (21).

La migración no dirigida y la urbanización desordenada han creado en las ciudades latinoamericanas barrios paupérrimos en los que habita un elevado número de migrantes en condiciones precarias. En cuanto a las condiciones de salud de esos pobladores, se ha puesto de manifiesto la alta prevalencia de enfermedades somáticas, tasas elevadas de hechos violentos—especialmente homicidios y lesiones autoinfligidas—y mayores tasas de psicosis, neurosis y alcoholismo (5, 8), en comparación con las que existen en el promedio de la población. (En los reductos indígenas también se han encontrado elevadas tasas de alcoholismo (23, 24).) Hasta qué punto el alto índice de patología es causa o consecuencia de las

condiciones socioeconómicas de los barrios marginales, no es asunto que se discutirá en este trabajo. Se consigna simplemente el hecho de que en América Latina existen varios millones de personas que viven en esos barrios de emergencia, cuyo nivel de salud mental es muy bajo, que sufren de enfermedades mentales y desajustes psicológicos en una alta proporción y que prácticamente no disponen de servicio alguno para aliviar esas condiciones, ni mucho menos de medios para prevenirlas.

Los cambios relacionados con la urbanización rápida y la industrialización afectan no solo a los habitantes de los barrios marginales o de emergencia—que sufren con mayor intensidad el impacto negativo de las transformaciones—sino al total de la población. Por ejemplo, la llamada “familia extendida” que, por lo general y, especialmente en el medio rural, tenía gran tolerancia con el enfermo mental, ha sido sustituida progresivamente por el modelo de la “familia nuclear”, cuyos miembros trabajan o van a la escuela, y que no solo tolera menos al paciente mental, sino que está muchas veces físicamente imposibilitada para atenderlo. En los barrios de emergencia y, en menor porcentaje, en otros sectores urbanos, la situación es todavía más deplorable, ya que no solo desaparece la familia extendida, sino que la familia nuclear no llega a constituirse o lo hace en forma incompleta, frecuentemente con ausencia de la figura paterna. En estas circunstancias, la salud mental de todos los integrantes del hogar tiene un equilibrio inestable o bien tiene un franco desequilibrio; en especial los niños corren serios riesgos debido a la situación de abandono en que crecen (25).

Las catástrofes naturales que asuelan con frecuencia a los países de este Continente, además de causar grandes perjuicios a la economía, son causa de serias alteraciones psicológicas de sus habitantes. Las investigaciones realizadas en los lugares en que ocurrieron las catástrofes (26, 27) demues-

tran el efecto nocivo que tuvieron sobre la salud mental de los afectados, tanto en el período inmediato posterior al cataclismo como en fechas ulteriores. Los efectos a largo plazo sobre la población infantil de América Latina todavía están pendientes de estudio.

Recursos formales en salud mental

La escasez y mala distribución de los recursos utilizados tradicionalmente para hacer frente a los problemas de salud mental de las poblaciones parece ser un fenómeno universal.

En los países más desarrollados, solo las ciudades grandes y medianas poseen, en teoría, sistemas relativamente eficientes para servir a la totalidad de sus habitantes. La oferta de los servicios y la calidad de los mismos varían, sin embargo, de acuerdo con la capacidad económica de los grupos de población. En América Latina, la situación es todavía más difícil pues la centralización de servicios psiquiátricos y de salud mental es mucho más acentuada.

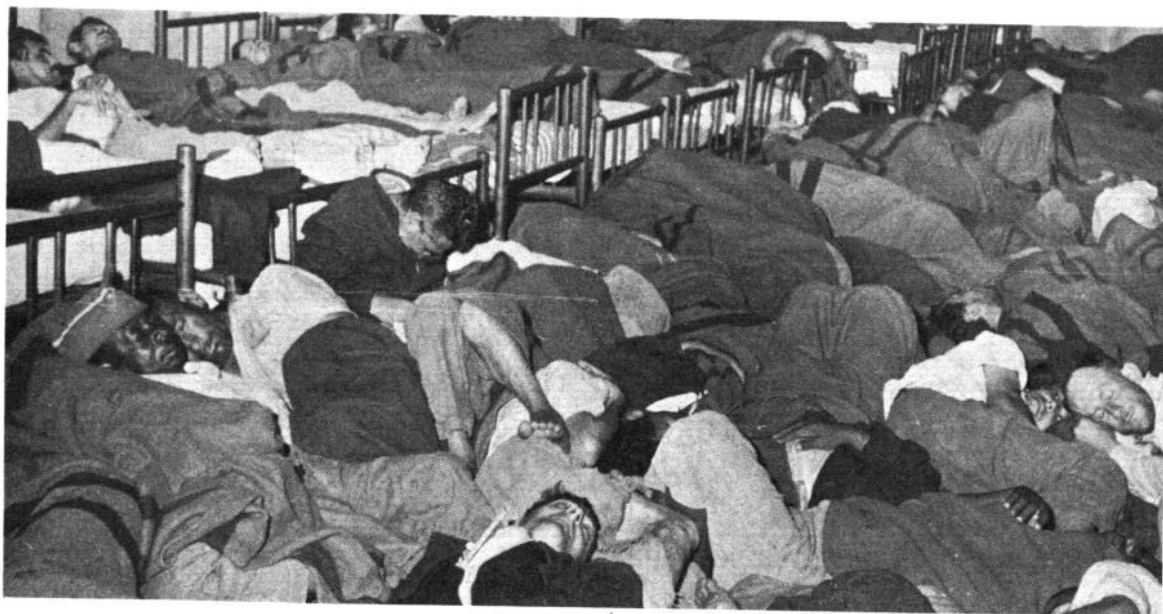
La mayoría de los habitantes en América Latina recibe asistencia pública a través de servicios destinados a satisfacer las necesidades de los indigentes y de las personas amparadas por los sistemas de seguridad social. Solo una fracción muy restringida de la población, por razones obvias, utiliza la medicina privada.

Al hacer una relación de los recursos que dispone un país o región para hacer frente a sus problemas de salud mental, se tiende a darle una importancia singular al recuento de especialistas y a la existencia de instalaciones dedicadas al cuidado de enfermos mentales. Estos recursos son muy importantes pero, en modo alguno, agotan la lista de instrumentos utilizables para promover la salud mental de sus habitantes y cuidar a los enfermos. Sin embargo, dado el carácter formal de los recursos—por lo cual adquieren una función difícilmente cuestionable—son los más fácilmente identificables. Los otros recursos,

los no formales, pasan inadvertidos y, muchas veces, no se les reconoce una identidad propia. En América Latina existen en la actualidad unos 6,000 médicos de preparación muy variada que se dedican al cuidado y tratamiento de pacientes mentales. Las enfermeras diplomadas con especialización en psiquiatría no pasan de 500; el número de asistentes sociales que trabajan en servicios de salud mental no llega a 250 y solo un número muy reducido de ellos ha seguido estudios de especialización. Se estima que alrededor de 5,000 personas han finalizado estudios universitarios de psicología, pero solo un número reducido ejerce la profesión.

Los servicios de asistencia están concentrados en los hospitales psiquiátricos, en unos cuantos servicios psiquiátricos que funcionan en hospitales generales y en un número reducido de dispensarios, clínicas y otros servicios ambulatorios, localizados preferentemente en las capitales y ciudades importantes. En 1972, en América Latina existían unos 455 establecimientos hospitalarios dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos mentales, con una capacidad aproximada de 135,000 camas; esto representa un aumento considerable sobre las que existían en 1964 (14). Este aumento contrasta con la reducción del 42% que experimentaron los hospitales psiquiátricos de Canadá y Estados Unidos en el mismo período. Cabe destacar, sin embargo, que en la mayoría de los países latinoamericanos, la tasa de camas por cada 1,000 habitantes es muy inferior a 1, en tanto que en América del Norte es superior a 2. El problema mayor de la asistencia psiquiátrica en América Latina no es tanto el número de camas, como el de la calidad de las mismas—en la mayoría de los casos deplorable—su mala distribución y su inadecuada utilización. En cuanto a los servicios ambulatorios se estima que hacia 1972, el número de clínicas de salud mental, dispensarios y centros de tratamiento era de unos 750.

El análisis cualitativo de los recursos,



En el pasado el hacinamiento y la promiscuidad de los grandes hospitales psiquiátricos destruían las posibilidades de recuperación.



En un moderno establecimiento, pacientes mentales y terapeutas unidos en el placer de la expresión musical (foto: OMS, E. Mandelmann).

quizás dé una idea más cabal de la situación que la simple enumeración de los mismos. La formación en psiquiatría y salud mental que reciben médicos y enfermeras en su preparación básica es, salvo excepciones, muy deficiente, aun cuando en los últimos años se han observado notables adelantos en algunas escuelas. En su mayoría, los médicos y enfermeras generales admiten su incapacidad para manejar casos psiquiátricos de urgencia, seguir pacientes que han sido dados de alta, administrar psicoterapias simples o emprender acciones elementales de salud mental. La preparación de los médicos dedicados al cuidado de pacientes mentales es muy heterogénea y varía entre la que ha sido adquirida en centros docentes especializados, a través de programas de residencia de tres a cinco años de duración y la recibida en la práctica diaria, sin mayor supervisión científica. Afortunadamente, esta última modalidad es la menos frecuente y tiende a desaparecer, en tanto que existe una orientación creciente hacia el establecimiento de centros de especialización psiquiátrica, casi siempre producto de la colaboración entre hospitales, escuelas de medicina y ministerios de salud.

Un número apreciable de psiquiatras se ha especializado en Europa o en América del Norte y a su regreso al país de origen experimentan dificultades para readaptarse; de ahí que en diversas ocasiones se haya señalado que la formación de especialistas según patrones correspondientes a otras culturas puede traer aparejados inconvenientes ya que la preparación recibida está orientada a cubrir las necesidades de la población del país en que se capacita. En la práctica, sin embargo, la mayoría de los psiquiatras formados en el extranjero se readaptan rápidamente a las condiciones locales y ejercen su profesión sin mayores dificultades.

Además, y siempre con referencia a la preparación de especialistas, el psiquiatra se prepara para dos tipos de asistencia que parecen completamente divorciados entre sí.

Por una parte, la asistencia que se da en los manicomios, que es generalmente de tipo impersonal, sin mayor contacto entre el médico y el paciente, con gran acento en las terapias biológicas y farmacológicas, en la que los cuidados directos al paciente se delegan, casi en su totalidad, en el personal auxiliar. El otro tipo de asistencia para la que recibe preparación es la que se brinda en consultorios privados, donde se da gran importancia al contacto personal entre el médico y el paciente, a la comunicación con la familia y al manejo del medio social, las psicoterapias y, en cierta proporción, las farmacoterapias, pero siempre concediendo al paciente su jerarquía de individuo.

Algunos médicos han recibido ambos tipos de preparación, pero cuando esto no sucede, se establece una división y una jerarquía académica entre "psiquiatras de asilo" y "psiquiatras de gabinete". El advenimiento de la llamada psiquiatría comunitaria, cuya difusión es incipiente en América Latina, ha venido a mejorar, en parte, esta situación pues da más importancia a las terapias grupales y de familia y al contacto personal del paciente con enfermeras y trabajadores sociales; aun así persisten diferencias de fondo con la psiquiatría privada.

La carrera de psicología se ha incorporado recientemente a los planes de las universidades latinoamericanas y, a pesar de que ya se han graduado muchos psicólogos, son pocos los que han sido empleados por los ministerios de salud y organismos de asistencia y seguridad social públicos o privados. Esto puede deberse a una inadecuación entre la preparación de los psicólogos y las necesidades percibidas por el sistema de salud; de ser este el caso se impone una nueva formulación de los programas de estudios de psicología.

En los hospitales psiquiátricos, la mayoría del personal asistencial está constituido por auxiliares y ayudantes de enfermería. Muchas veces, este personal tiene una preparación nula o en todo caso muy de-

ficiente: es común observar que los postulantes para estos puestos—además de la carencia señalada—adolecen de serios problemas sociopsicológicos, factor que puede privar, consciente o inconscientemente, en la elección del empleo. Existen también numerosas instituciones en las que rigen criterios más estrictos en la selección del personal y donde se exige a los auxiliares haber cursado, por lo menos, estudios de un año de duración; estos establecimientos ofrecen programas de adiestramiento en servicio para los empleados antiguos que no hayan cumplido con ese requisito.

La psiquiatría actual aspira a que todos los servicios, ambulatorios o de internamiento, actúen como una unidad en su función terapéutica, sin distinguos, en este sentido, respecto a las categorías de empleado. En América Latina, y en la mayor parte del mundo, aún no existen medidas que garanticen esta actitud terapéutica, por parte de todo el personal.

En lo que se refiere a la calidad de los recursos físicos, la situación es, en general, delicada aun cuando en los últimos diez años se han observado notables mejoras. El recurso básico lo constituye el hospital psiquiátrico, a menudo de corte tradicional y con numerosos vicios de funcionamiento. La mayor parte tiene presupuestos reducidos lo que se refleja en instalaciones antiguas e inadecuadas, condiciones de hacinamiento, facilidades sanitarias insatisfactorias, en una alimentación deficiente, ropa blanca y vestimenta escasas y, muchas veces, en la falta de medicinas. Por otra parte, el movimiento de pacientes es casi nulo y los períodos de permanencia prolongados, de tal manera que, a pesar de lo insignificante del costo de cama/día, el funcionamiento de estos centros es antieconómico debido a su reducida eficacia. Esta situación tiende a cambiar y gracias al estímulo constituido por las corrientes de psiquiatría comunitaria y por la difusión del concepto de comunidad terapéutica, por lo menos en ocho países se han

hecho inversiones considerables para mejorar el sistema hospitalario dedicado a la salud mental.

Hasta hace pocos años la mayoría de los consultorios externos y servicios ambulatorios de psiquiatría funcionaban dentro del recinto de los hospitales psiquiátricos y se dedicaban preferentemente al seguimiento de pacientes dados de alta. Esta situación ha cambiado radicalmente en casi todos los países. Es cada día mayor el número de estos servicios situados en las comunidades, fuera de los muros de los manicomios y, a menudo, en situación de independencia administrativa. Un buen número de consultorios externos funcionan en hospitales generales y policlínicos, a veces como servicios ambulatorios exclusivamente y, en menor grado, como parte de una unidad que ofrece además hospitalización. Su distribución, lo mismo que la de los hospitales psiquiátricos, es fundamentalmente urbana, pero el hecho de que su tamaño y costo los haga adaptables, ha facilitado el inicio de la descentralización de la asistencia, lo que se ha puesto en evidencia en cuatro países por lo menos.

El establecimiento de servicios psiquiátricos con salas de internación en hospitales generales ha sido bastante lento, pues casi siempre se tropieza con la resistencia del personal directivo y del cuerpo médico, que racionalizan su actitud aduciendo posibles problemas administrativos. Se acepta con más receptividad, y aun con entusiasmo, el funcionamiento de consultorios externos y de un servicio de interconsulta; así, se han establecido numerosas unidades de este tipo, que indudablemente constituyen un avance en la asistencia.

En las ciudades que poseen facultad de medicina, los servicios psiquiátricos en hospitales docentes constituyen la norma. Aquellos han llegado a constituir el núcleo de centros comunitarios de salud mental y, en ocasiones, han contribuido a cambiar

radicalmente la enseñanza de la psiquiatría y la salud mental.

En distintos lugares se ha ensayado el régimen de asistencia denominado "hospital de día" y, en casos menos frecuentes, el llamado "hospital nocturno". Son muy pocos los centros de esta clase que tienen instalaciones propias, y ha sido precisamente en ellos donde se ha observado un funcionamiento más eficaz. Por lo general, estas unidades funcionan en el hospital psiquiátrico, en una sala acondicionada al efecto. Cuando no se dispone de tales comodidades, se utiliza una sala común del hospital psiquiátrico que conserva sus pacientes hospitalizados en régimen ordinario, a los cuales se agregan los que asisten al servicio diurno; pero cuando se adopta esta última modalidad se observa una dispersión de esfuerzo y disminución de la eficiencia.

Otras formas alternativas de asistencia, tales como albergues, casas de convalecencia, hogares protegidos y clubes para ex pacientes, son mucho más raras en América Latina y, cuando existen, tienen carácter de unidades piloto o de demostración.

Recursos no formales

Aparte de los recursos tradicionales de los sistemas de servicios para la salud mental que, como se ha visto, son insuficientes y a menudo inadecuados, en las comunidades existen numerosos recursos para el fomento y cuidado de la salud mental. La medicina oficial, sin embargo, no ha reconocido su existencia ni mucho menos los ha aprovechado, salvo como objeto de investigaciones científicas.

Excepcionalmente, en algunas partes se ha utilizado a los líderes de la comunidad para el seguimiento de pacientes somáticos y, en contadas ocasiones, de enfermos psiquiátricos. El adiestramiento de sacerdotes, oficiales de la policía, bomberos y otros servidores públicos, que podrían intervenir positivamente en algunos problemas psicológicos de las comunidades, solo se ha

emprendido en raras ocasiones y nunca de manera continuada.

No se ha intentado la utilización sistemática de curanderos, brujos y otros practicantes de la medicina vernácula, salvo en raros casos anecdóticos. Sin embargo, en algunas zonas el público utiliza sus servicios y hasta ha llegado a diferenciar entre las dolencias que deben ser tratadas por ellos y las enfermedades cuyo tratamiento someten a la medicina oficial. En uno de los países de América Latina, la iniciativa de cooperación entre la medicina oficial y la popular ha seguido un sentido inverso: las asociaciones espiritistas han establecido hospitales, generales y psiquiátricos, donde los afiliados que lo precisan reciben tratamiento médico y psiquiátrico administrado por personal profesional, según las normas de la medicina (28).

Perspectivas para el futuro

Puede decirse que la situación de la salud mental en América Latina está atravesando actualmente una situación crítica tanto en lo que se refiere a sus niveles de salud mental expresados en términos de la patología prevalente, como en lo que atañe a la existencia de los servicios destinados a lograr su mejoría. Esta situación puede deteriorarse aun más, en los aspectos de salud mental propiamente dicha de la población y en la calidad, cantidad y distribución de la asistencia, prevención y rehabilitación.

En varios países se ha emprendido la reforma del sistema asistencial observándose una tendencia cada vez más pronunciada a la descentralización de servicios, a la adopción de procedimientos terapéuticos modernos y a la diversificación de la asistencia. En la mayoría de las naciones, sin embargo, el sistema asistencial psiquiátrico continúa funcionando de acuerdo con los patrones tradicionales.

Se han iniciado también varios programas de prevención, algunos de ellos estrechamente relacionados con los servicios de

higiene materno-infantil y con el sistema educativo. En la mayoría de los casos, se trata de ensayos que aún no han cristalizado en programas nacionales.

Las proyecciones del proceso de urbanización para el futuro, en América Latina, indican que para 1980 solo el 36% de la población habitará en el medio rural (14). En esta forma, los servicios de salud mental serán más accesibles a la gente, pero al mismo tiempo tendrán una mayor demanda y se exigirá mejor calidad.

Actualmente, en las ciudades latinoamericanas existe un problema de desempleo y subempleo, que da origen a grandes desajustes, y la urbanización creciente podrá agravar este estado de cosas, si no se acompaña con la creación de fuentes de trabajo.

Es de esperar que, concomitantemente con la urbanización, se extienda el proceso de industrialización. Ello traerá aparejados los problemas de salud mental derivados de la automatización, el empleo de los períodos de ocio y las dificultades relacionadas con el cambio de las estructuras familiares ya mencionadas.

Las condiciones de salud física de América Latina, en su conjunto, han mejorado notablemente en los últimos veinte años; se abraza la esperanza que el crecimiento demográfico se estabilizará y que cada vez habrá una mayor proporción de ancianos. En pocos años se hará necesario organizar servicios en escala nacional para la asistencia médico-social de los mismos, incluyendo en ellos la asistencia para la salud mental.

Se impone elaborar una estrategia para lograr en el futuro la cobertura de la mayoría de la población en materia de salud mental. La formación de especialistas—aun cuando se decuplicara—no llegaría a cubrir las necesidades previstas para los próximos veinte años. El modelo de servicios centrados en la hospitalización de pacientes y en la consulta psiquiátrica pública tradicional no se adapta a las necesidades existentes. Es

necesario volver a formular por completo el sistema de asistencia, prevención, rehabilitación y de preparación de personal en salud mental si se quiere, de alguna forma, extender la cobertura a la mayoría de la población.

Los especialistas deberían ser aprovechados al máximo, para lo cual se recomienda su utilización como consultores, supervisores y profesores. Correspondería transferir al médico general muchas de las tareas actualmente encomendadas al psiquiatra, y para ello sería necesario un cambio en los planes de enseñanza de la medicina. Por otro lado las enfermeras y asistentes sociales podrían encargarse de múltiples labores de salud mental, del trabajo en las comunidades y del seguimiento de casos. También habría que buscar la manera de utilizar los recursos no profesionales que existen en la población general, no solo mediante el empleo de brujos y curanderos, sino también con la ayuda de los líderes naturales de la comunidad. Así se podría facilitar la búsqueda y seguimiento de casos, el apoyo a la rehabilitación de pacientes e, incluso, la administración de medidas psicológicas sencillas, siempre con la colaboración y guía de los profesionales consultores. En algunas partes de América Latina se han ensayado con éxito algunas de estas medidas, pero han sido casi siempre producto del entusiasmo de una persona y no expresión de un programa, que es el punto que se quiere subrayar aquí.

Un cambio en el enfoque de la asistencia no significa el abandono y repudio de las antiguas estructuras, especialmente de los hospitales psiquiátricos; por el contrario, en repetidas oportunidades, en América Latina se han hecho planteos para su modernización (29) y su mejor uso al servicio de la colectividad.

La corrección de las condiciones económicas que, en forma directa o indirecta, perjudican la salud mental escapa a la acción específica de las ciencias médicas. Sin embargo, la psiquiatría social puede

extender su gestión más allá de la simple recomendación de construcción de centros de asistencia y del establecimiento de servicios. Compete a esta especialidad señalar a todos, y especialmente a quienes tienen a su cargo la toma de decisiones, las posibles consecuencias, beneficiosas o perjudiciales, que el giro de sus acciones puede tener sobre la salud mental de la población. Esto es particularmente importante en lo que respecta a la política de alimentación, vivienda, educación, sistema penal y a las normas prescritas para la propaganda comercial.

Resumen

En este trabajo se señala la conexión existente entre el estado de desarrollo de un país y la patología prevalente en regiones y grupos humanos. Tradicionalmente, en América Latina no se ha dado a las enfermedades mentales y a los desajustes de personalidad la importancia que realmente revisten. Así, han recibido escasa consideración en los planes, investigaciones y estudios médicos y sociales. Se estudia a continuación la incidencia que tienen sobre la salud mental los rápidos procesos de cambio, la

dependencia cultural y las catástrofes naturales.

Se enfocan y describen los recursos formales y no formales que existen en el campo de la salud mental y se señala la falta de aprovechamiento exhaustivo de todos ellos.

Se trazan las perspectivas para el futuro teniendo en cuenta el actual estado crítico de la salud mental en América Latina y la posibilidad de un creciente deterioro debido a problemas originados en la urbanización e industrialización. Se propone, finalmente, la formulación de una estrategia orientada a dar una mayor cobertura en sus servicios y basada en la reorganización, extensión y aprovechamiento máximo de los recursos, a través de medidas como la delegación de funciones y la utilización del médico general, las enfermeras y de los líderes naturales de la comunidad; se propone asimismo la descentralización de servicios, y una formulación totalmente renovada de programas de estudios en salud mental. Se señala especialmente que quienes tienen a su cargo la toma de decisiones deben comprender las consecuencias—beneficiosas o perjudiciales—que pueden tener el giro de sus acciones sobre la salud mental de la población. □

REFERENCIAS

- (1) Organización de las Naciones Unidas: *Demographic Yearbook*, Nueva York, 1969 y 1972.
- (2) Organización de las Naciones Unidas: *The world situation in 1970*. Nueva York, 1971.
- (3) Horwitz, J. y L. C. Muñoz. Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile. *Rev Serv Nac Salud* 3: 277-309 (Santiago) 1958.
- (4) México. Dirección de Salud Mental y Dirección de Estadística. *Primera Investigación nacional de enfermos neurológicos y psiquiátricos*. Publicación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1960.
- (5) Rotondo, H., P. Aliaga, y C. García Pacheco. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. *Estudios de Psiquiatría social en el Perú*, B. Caravedo, H. Rotondo y J. Mariátegui, Eds. Lima, Ediciones del Sol, 1963.
- (6) Cabildo, H. M. *et al.* Magnitud y características del problema de salud mental en el ISSSTE. Presentado en el I Congreso Nacional de los Servicios Médicos del ISSSTE, México, 1964. Citado en: *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*, J. Mariátegui y G. Adis Castro, Eds. Buenos Aires, Acta, 1970. Págs. 126-139.
- (7) Adis Castro, G. *et al.* Estudio sobre problemas de salud mental en Costa Rica (Diseño). Centro de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, 1968. Citado en: *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, J. Mariátegui y G. Adis Castro, Eds. Buenos Aires, Acta, 1970. Págs. 89-114.
- (8) Mariátegui, J., V. Alva y C. De León. *Epidemiología Psiquiátrica de un Distrito Urbano de Lima*. Ediciones de la Revista de Neuropsiquiatría. Lima, 1969.
- (9) Moya, L., J. Marconi, J. Horwitz, A. Bahamondes y H. Saint Jean. Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área Norte de Santiago de Chile. *Acta*

- Psiquiat y Psicol Amér Lat* 15:137-148, Buenos Aires, 1969.
- (10) León, C., C. Climent, H. Estrada y R. Jaramillo. Evaluación de instrumentos para el estudio de la prevalencia de trastornos mentales. En: *Anales del V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría*. Bogotá, Colombia, 1969.
- (11) Muñoz, L., J. Marconi y J. Horwitz *et al.* Prevalencia de enfermedades mentales en el Gran Santiago. Citado en: *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*, J. Mariátegui y G. Adis Castro, Eds. Buenos Aires, Acta, 1970. Págs. 113-125.
- (13) Grimson, W. R., A. C. de Blanco, M. Estrugamou, E. Lastres, S. Necchi, E. Phillipott y A. M. Teisairé. Investigación epidemiológica de entidades psiquiátricas. *Bol Of Sanit Panam* 73(6): 572-585, 1972.
- (14) Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas, 1969-1972*. Publicación Científica 287. Washington, D.C., 1974.
- (15) Richard, P. *et al.* *El consumo de marihuana: Un problema social en Chile*. Universidad Católica de Chile, Santiago, 1971.
- (16) Gómez, M. *et al.* *Magnitud del consumo de drogas en estudiantes de VI de bachillerato del Municipio de Medellín*. Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Antioquia. Medellín, 1972.
- (17) Morales, A. *et al.* Farmacodependencia en alumnos de 23 colegios de Bogotá. Bogotá, Colombia, 1972.
- Morales, A., *et al.* *Encuesta sobre el uso de sustancias que producen dependencia en la población escolar*. Ministerio de Salud Pública, Bogotá, Colombia, 1973.
- (18) Báez, Enelda. *Encuesta de educación para la prevención del uso indebido de drogas*. Ministerio de Educación, Panamá, 1974.
- (19) Cabildo, H. *et al.* Investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes entre los menores y jóvenes del distrito sanitario XVI. *Sal Púb Méx* 14(1):17-58, 1972.
- (20) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú. Estudio sobre masticación de la hoja de coca en el Perú. Informe mimeografiado. Lima, 1968.
- (21) Oficina Sanitaria Panamericana. *Seminario Latinoamericano sobre Alcohólicismo. Informe final*. Edic. del Servicio Nacional de Salud. Santiago, Chile, 1961.
- (22) Adriasola, G., C. Olivares y C. Díaz Coller. Prevención de accidentes del tránsito. *Bol Of Sanit Panam* 72(1):1-18, 1972.
- (23) Lomnitz, L. Función del alcohol en la sociedad mapuche. *Acta Psiquiat y Psicol Amér Lat* 15:157-67 (Buenos Aires) 1969.
- (24) Health, D. Drinking Patterns of the Bolivian Cambas. *Society, Culture and Drinking Patterns*, D. Pittman y C. Snyder, Eds.
- (25) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La infancia y la juventud en el desarrollo nacional en Latinoamérica. Informe de una conferencia. Nueva York, 1966.
- (26) Infantes, V., J. Véliz, J. Morales, I. Pardo y V. Jeri. Observaciones psicopatológicas en el área del sismo. *Rev Neuropsiquiat* 33:171-188 (Lima) 1970.
- (27) Jeri, R. Problemas de conducta en los desastres. *Rev Sanidad Fuerzas Policiales* 34:131-150, 1973.
- (28) Brody, E. *et al.* *The lost ones*. Nueva York, International University Press Inc., 1973.
- (29) Organización Panamericana de la Salud. *Informe de un grupo de trabajo sobre la administración de servicios psiquiátricos y de salud mental*. Publicación Científica 210. Washington, D.C., 1970.

Mental health in Latin America: Problems and outlook (Summary)

A relationship is postulated between a country's level of development and the pathology prevailing within its regions and human groups. Traditionally, mental diseases and personality disorders have not been given the importance they deserve in Latin America, and they have received scant attention in medical and social plans, research, and studies. The effects on mental health of rapid change, cultural dependence, and natural disasters are pointed out.

The formal and informal resources available in the mental health field are described, and the failure to make full use of them is noted.

The future outlook for mental health in Latin America is considered in the light of its

present critical status, as well as the possibility of its increasing deterioration as a result of urbanization and industrialization.

A strategy is proposed for increasing the coverage of mental health services through the reallocation, extension, and maximum utilization of resources; the delegation of functions; and the use of general practitioners, nurses, and natural community leaders. Also proposed is the decentralization of services, as is a total revision of the mental health curriculum. Decisionmakers should understand the consequences, beneficial or harmful, of their actions on the mental health of the population.

A saúde mental na América Latina: Problemas e perspectivas (Resumo)

Assinala-se neste trabalho a conexão que existe entre o estado de desenvolvimento de um país e a patologia que prevalece em regiões e grupos humanos. É tradição na América Latina, não atribuir às doenças mentais e aos desajustes de personalidade a importância que realmente revestem. Portanto, pouca tem sido a consideração dada a esses fatores nos planos, pesquisas e estudos médicos e sociais. Examina-se a seguir a incidência, sobre a saúde mental, dos processos de transformação rápida, da dependência cultural e das catástrofes naturais.

O trabalho focaliza e descreve os recursos formais e não formais que existem no campo da saúde mental e menciona o não aproveitamento exaustivo de todos eles.

Traçam-se as perspectivas para o futuro, levando em conta o estado crítico atual da

saúde mental na América Latina e a possibilidade de seu crescente agravamento devido a problemas originários da urbanização e industrialização. Propõe-se, por último, a formulação de uma estratégia orientada para o aumento da cobertura dos serviços e baseada na reorganização, extensão e aproveitamento máximo dos recursos, através de medidas como a delegação de funções e a utilização do clínico geral, das enfermeiras e dos líderes naturais da comunidade; propõe-se também a descentralização de serviços e uma reformulação total de programas de estudo em saúde mental. Assinala-se especialmente que os responsáveis pela tomada de decisões devem compreender as conseqüências—benéficas ou prejudiciais—que pode acarretar o rumo de suas ações sobre a saúde mental das populações.

Santé mentale en Amérique latine: Problèmes et perspectives (Résumé)

Cet ouvrage souligne le rapport existant entre l'état de développement d'un pays et la situation pathologique par régions et par groupes. Traditionnellement, en Amérique latine, on n'a pas accordé aux troubles mentaux et psychiques toute l'importance qu'ils méritent réellement. De ce fait, une attention infime leur a été accordée dans les plans, recherches et études sociaux et médicaux. On continue d'étudier l'incidence sur la santé mentale, qu'ont les changements rapides, la dépendance culturelle et les catastrophes naturelles.

On y souligne et décrit les ressources réelles et approximatives existant sur le plan de la santé mentale et l'on note l'absence de progrès dans leur utilisation.

L'étude définit les perspectives d'avenir en tenant compte de la situation actuellement critique en Amérique latine sur le plan de la

santé mentale et souligne la possibilité d'une détérioration croissante en raison des problèmes surgis de l'urbanisme et de l'industrialisation. Elle propose finalement l'élaboration d'une stratégie en vue d'une amélioration des services et fondée sur la réorganisation, l'expansion et l'utilisation maximum des ressources, en employant des moyens tels que la délégation des fonctions et l'utilisation du médecin généraliste, des infirmières et des dirigeants naturels de la communauté; elle suggère également la décentralisation des services et une reformulation entièrement nouvelle des programmes d'études sur la santé mentale. Elle souligne tout particulièrement que ceux qui ont la responsabilité de prendre les décisions, doivent bien comprendre les conséquences de leurs actes, bénéfiques ou néfastes, sur la santé mentale de la population.