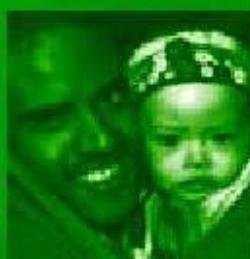


# Promoción de la Salud Mental

CONCEPTOS \* EVIDENCIA EMERGENTE \* PRÁCTICA

## INFORME COMPENDIADO

Un Informe de la  
Organización Mundial de la Salud,  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
en colaboración con  
la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud  
y  
La Universidad de Melbourne



Organización Mundial de la Salud  
Ginebra

# Promoción de la Salud Mental

CONCEPTOS \* EVIDENCIA EMERGENTE \* PRÁCTICA

## INFORME COMPENDIADO

Un Informe de la  
Organización Mundial de la Salud,  
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
en colaboración con  
la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud  
y  
La Universidad de Melbourne



**Organización Mundial de la Salud  
Ginebra**

#### **OMS Datos Publicados en Catálogos de la Librería**

Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne.

1. Salud Mental
2. Promoción de la salud
3. Trastornos mentales – prevención y control
4. Políticas de salud
5. Medicina basada en evidencia
6. Países en desarrollo
- I. Organización Mundial de la Salud

ISBN 92 4 159159 5 - (NLM clasificación: WM 31.5)

#### **© Organización Mundial de la Salud 2004**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden obtener en Mercadeo y Diseminación, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenida Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes para obtener autorización para reproducir o traducir publicaciones de la OMS – ya sea para su venta o para distribución no comercial – deben ser dirigidas a Publicaciones, a la dirección antes mencionada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican expresión alguna por parte de la Organización Mundial de la Salud con respecto al estatus legal de cualquier país, territorio, ciudad o área de sus autoridades o con respecto a la delimitación de sus límites o fronteras. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas en las cuales puede que aún no se haya alcanzado pleno acuerdo.

La mención de compañías específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que la Organización Mundial de la Salud los apoye o recomiende en preferencia sobre otros de igual naturaleza que no han sido mencionados. A excepción de los errores y omisiones, los nombres de productos con derecho de propiedad se distinguen mediante letras mayúsculas iniciales.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación esté completa y correcta y no será responsable de ningún daño incurrido como resultado de su uso.

**Impreso en Francia**

## Prólogo

*“...no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”*

*“...que todas las personas logren el mejor nivel de salud posible.”*

*“...fomentar actividades en el campo de la salud mental, especialmente aquellos que viven en armonía con las relaciones humanas”.*

Estos objetivos y funciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son el núcleo de nuestro compromiso con la promoción de la salud mental. Desafortunadamente, los profesionales de la salud y planificadores de salud están con frecuencia tan preocupados con los problemas inmediatos de las personas que tienen una enfermedad que no les permite prestar atención a aquellas personas que están "bien".

También les resulta difícil garantizar que las condiciones sociales y ambientales rápidamente cambiantes en todos los países del mundo, representan un apoyo en lugar de una amenaza a la salud mental. Esta situación solo está parcialmente basada en la falta de conceptos definidos o la evidencia adecuada para la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud. Esto está muy relacionado con la forma en que se capacita a los profesionales y planificadores, lo que ellos observan de acuerdo con su rol en la sociedad y, a su vez, lo que la sociedad espera de ellos. En el caso de la salud mental, esto también está relacionado con nuestra renuencia a discutir abiertamente los problemas de la salud mental.

El Informe Compendiado sobre Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica es esfuerzo más reciente de la OMS para superar estas barreras. Describe el concepto de la salud mental y su promoción. Intenta alcanzar un nivel de consenso sobre las características comunes de la salud mental así como en las variaciones que existen entre las diferentes culturas. El Informe también coloca la promoción de la salud mental dentro del contexto más amplio de promoción de la salud y salud pública. La evidencia proporcionada por algunas de las intervenciones en salud y no relacionadas con la salud para beneficios de la salud mental probablemente les será útil a los planificadores de políticas de salud y profesionales de salud pública. Sin embargo, el énfasis está en la necesidad urgente de una generación más sistemática de evidencia en los próximos años, para que se pueda desarrollar una base científica más sólida en la planificación futura.

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental son distintas entre sí pero sus objetivos se superponen. Muchas de las intervenciones analizadas en este Informe también aplican a la prevención. Sin embargo, se considera que el alcance de la promoción así como el público al que va dirigida es mucho más amplio en la promoción de la salud mental. Por esta razón, la OMS está divulgando este informe sobre promoción en forma separada y antes de otro informe sobre evidencia para la prevención de los trastornos mentales.

Espero sinceramente que el presente Informe resulte en la creación de un lugar más definido para la promoción de la salud mental dentro del campo más amplio de promoción de la salud y que sea beneficioso para los países a los que la OMS presta sus servicios.

Dra Catherine Le Galès-Camus Sub Directora General Enfermedades No Transmisibles y Organización Mundial de la Salud Mental, Ginebra

# Índice

Prefacio	6
Elaboración del Informe Compendiado	7
Reconocimientos	8
<b>Mensajes claves</b>	<b>14</b>
<b>Introducción</b>	<b>14</b>
¿Qué es salud mental?	14
La promoción de la salud mental es una parte integral de la salud pública	16
Salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental	16
Sin salud mental no hay salud: salud mental y conducta	18
<b>Parte I: Conceptos</b>	<b>18</b>
Salud y promoción de la salud	18
Salud mental positiva	21
El valor intrínseco de la salud mental	23
Cultura y salud mental	23
Capital social y salud mental	24
Salud mental y derechos humanos	25
Un marco conceptual para la acción	25
<b>Parte II: La evidencia emergente</b>	<b>28</b>
Objetivos y acciones de la promoción de la salud	28
Evidencia y su uso en la promoción de la salud mental	29
Determinantes sociales de la salud mental	31
Vínculos entre salud física y salud mental	32
Desarrollo de los indicadores de salud mental	33
Evidencia de las intervenciones efectivas	35
Promoción efectiva de la salud mental en países de bajo ingreso	42
Generación de la evidencia sobre efectividad y rentabilidad	46
<b>Parte III: Política y práctica</b>	<b>50</b>
La salud mental es asunto de todos	50
Promoción de la salud mental: un componente importante de la política de salud mental	50
Un marco general para la promoción de la salud	51
Desarrollo comunitario como una estrategia para la promoción de la salud: lecciones de un país de bajo ingreso	53
Desarrollo de las intervenciones sostenibles	55
Un enfoque intersectorial en la promoción de la salud mental	56
Colaboración internacional y el rol de la OMS	57
Recomendaciones claves	59
Referencias	60

## Prefacio

*Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica:* tiene el objetivo de activar la dimensión de la salud mental en la promoción de la salud. La promoción de la salud mental está situada dentro del campo más amplio de promoción de la salud, y se coloca junto con la prevención de los trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas con enfermedades mentales y discapacidades. Al igual que la promoción de la salud, la promoción de la salud mental involucra acciones que apoyan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud. Este Informe Compendiado y el Informe completo sobre el cual se basa, describe los conceptos relacionados con la promoción de la salud mental, la evidencia emergente para la efectividad de las intervenciones, y las implicaciones de las políticas y prácticas de salud pública. Este proyecto complementa el trabajo de otro importante proyecto de la OMS, el cual se enfoca en la evidencia para la prevención de los trastornos mentales.

Este Informe Compendiado incluye una revisión selectiva de la evidencia disponible en diferentes países y culturas. Documenta cómo se pueden lograr y monitorear acciones tales como la abogacía, el desarrollo de políticas y proyectos, los cambios legislativos y en las regulaciones, la comunicación, investigación y evaluación en los países durante todas las etapas del desarrollo económico. El documento considera estrategias para el crecimiento continuo de la base de evidencia y enfoques para determinar la rentabilidad de las acciones. La cooperación y alianzas internacionales jugarán un papel decisivo en la generación y aplicación de la evidencia, por ejemplo, a través del fomento de la acción social requerida y el monitoreo del impacto que las diferentes políticas y prácticas ejercen sobre la salud mental.

*Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* ha sido escrito para personas que trabajan en muchos de los sectores gubernamentales de salud y no relacionados con la salud, sectores educativos y comerciales cuyas decisiones afectan la salud mental en formas que tal vez no conozcan. También es un relato comprensivo para personas dedicadas a profesiones de salud mental que necesitan respaldar y colaborar con la promoción de la salud mental mientras continúan prestando sus servicios a las personas que viven con enfermedades mentales. Aplica a personas que trabajan en el diseño de políticas y programas en países de bajo, mediano y alto nivel de ingreso y recursos, así como a aquellas personas relacionadas con las guías para la acción internacional. El Informe utiliza un marco de salud pública para abordar el dilema de las prioridades en conflicto que a menudo representan una preocupación para los planificadores y profesionales de la salud, tanto en los países de bajo ingreso como en los entornos de países de mayor ingreso.

*Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* es el resultado de la colaboración con personas que han hecho aportes científicos y que provienen de sectores fuera y dentro de la salud. Los objetivos del proyecto fueron facilitar un mejor entendimiento de la evidencia y enfoques para recopilar evidencia local, activación de la comunidad científica y crecimiento en cooperación y alianzas internacionales.

Este Informe Compendiado ha sido producido por los editores de los capítulos y de otro material preparado para Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica para brindarle a los lectores una idea de los asuntos discutidos en el Informe de mayor cobertura y detalle. Esperamos que una vez que el Informe de mayor cobertura esté disponible, los lectores se sientan motivados a leer y pensar más detalladamente acerca de estos temas.

Helen Herman, Shekhar Saxena, Editores Rob Moodie

# Elaboración del Informe Compendiado

Este Informe Compendiado ha sido preparado por los editores de *Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* (Herrman, Saxena & Moodie en prensa) que se encuentra listo para ser divulgado por la OMS. Los editores han escogido selectivamente y en algunos casos adaptado material de los capítulos proporcionados por autores que han colaborado con el Informe, con el fin de presentar una sinopsis de algunos de los conceptos importantes, evidencia y práctica en la promoción de la salud mental. Al hacerlo, solo han brindado una indicación de análisis mucho más detallados en el próximo Informe.

Las secciones de este Informe Compendiado reflejan los títulos de trabajo de los capítulos en *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* según se listan a continuación. Con el fin de ayudar a la continuidad, en Informe Compendiado no se ha hecho referencia específica a los autores de estos capítulos, excepto cuando el material se ha presentado en otra sección. Cuando se hacen referencias en base al Informe Compendiado, sería conveniente reconocer los autores de los capítulos respectivos.

## Detalles del Informe Completo

*Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Un Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne, Herrman H, Saxena S & Moodie R. Ginebra, OMS, en prensa.*

Capítulos	Autores
1 Introducción	Herrman H, Saxena S, Moodie R
2 Salud y promoción de salud	Mittelmark M, Puska P, O'Byrne D, Tang K
3 Salud mental positiva	Kovess-Masfety V, Murray M, Gureje O
4 El valor intrínseco de la salud mental	Lehtinen V, Ozamiz A, Underwood L, Weiss M
5 Conceptos de salud mental alrededor del mundo	Sturgeon S, Orley J
6 Capital social y salud mental	Whiteford H, Cullen M, Baingana F
7 Salud mental y derechos humanos	Drew N, Funk M, Pathare S, Swartz L
8 Un marco conceptual para la acción	Walker L, Moodie R, Verins I
9 Evidencia y su uso en la promoción de la salud mental	Barry M, McQueen D
10 Determinantes sociales de la salud mental	Anthony J
11 Salud física y mental y enfermedad	Raphael B, Schmolke M, Wooding S
12 Indicadores de salud mental	Zubrick S, Kovess-Masfety V
13 Evidencia de intervenciones efectivas de promoción de salud mental	Hosman C, Jané-Llopis E
14 La evidencia para la promoción de la salud mental en países en desarrollo	Patel V, Swartz L, Cohen A
15 Generando evidencia en base a los determinantes, efectividad y rentabilidad	Petticrew M, Chisholm D, Thomson H, Jané-Llopis E
16 Promoción de salud mental: un importante componente de política	Funk M, Gale E, Grigg M, Minoletti A, Yasamy M
17 Estrategias para la promoción de la salud mental de la población	Lahtinen E, Joubert N, Raeburn J
18 Desarrollo comunitario como una estrategia para la promoción de salud mental: lecciones de un país de bajo ingreso	Arole R, Fuller B, Deutschman P
19 Desarrollando intervenciones sostenibles: teoría y evidencia	Hawe P, Riley T, Ghali L
20 Un enfoque intersectorial a la promoción de la salud mental	Taylor A, Rowling L
21 Colaboración internacional y el rol de la OMS y otras agencias de la ONU	Saxena S, Saraceno B
22 Conclusiones – El camino hacia adelante	

## Reconocimientos

Los editores compilaron este Informe Compendiado extrayendo directamente del material que fue aportado como capítulos y secciones para *Promoción de Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* y en colaboración con la Sra. Lyn Walker, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud. Los editores reconocen sinceramente el trabajo de las personas que aportaron sus contribuciones y los asesores listados a continuación.

Los editores también quisieran agradecer a la Sra. Christine Hayes por su ayuda con la edición; la Dra. Amanda Favilla por su ayuda en la compilación y material escrito; la Sra. Jean Cameron, Sra. Margaret Nelson y Sra. Rosemary Westermeyer por su ayuda administrativa; y a la Sra. Tushita Bosonet por el diseño gráfico del Informe Compendiado.

La OMS agradece sinceramente la colaboración financiera del Gobierno de Finlandia en la preparación de este Informe.

### Editores

#### **Profesora Helen Herrman**

Servicio de Salud Mental St Vincent, Melbourne y la Universidad de Melbourne, Dept de Psiquiatría, Melbourne, Australia

#### **Dr Shekhar Saxena**

Coordinador de Salud Mental: Departamento de Evidencia e Investigación de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

#### **Profesor Rob Moodie**

Presidente Ejecutivo de la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud, Victoria, Australia

### Asesores

#### **Dra Beverley Long**

Federación Mundial de Salud Mental Atlanta, USA

#### **Profesor Norman Sartorius**

Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza

#### **Dr Dusica Lecic-Tosevski**

Presidente Asociación Mundial de Psiquiatría, Sección de Prevención de Trastornos Mentales, Escuela de Medicina, Universidad de Belgrado, Instituto de Salud Mental, Yugoslavia

### Colaboradores del Informe Completo

#### **Dr James Anthony**

Presidente, Departamento de Epidemiología, Universidad Estatal de Michigan, Michigan, EUA

#### **Dr Rajanikant Arole**

Director, Proyecto Integral de Salud Rural Proyecto Jamkhed, Maharashtra, India

#### **Dra Florence Baingana**

Especialista en Salud (Salud Mental), El Banco Mundial, Washington DC, EUA

#### **Sr Chris Bale**

Director, Asociación para Niños, Londres, Reino Unido

#### **Sra S Banerjee**

Académica Investigativa, Instituto de Psiquiatría, Kolkata, India

#### **Dra Margaret Barry**

Departamento de Promoción de la salud, Universidad Nacional de Irlanda, Galway, Irlanda

#### **Dr Dan Chisholm**

Economista, Programa Global sobre Evidencia para Políticas de Salud, Organización Mundial de la Salud Ginebra, Suiza

**Profesor AN Chowdhury**

Director Jefe, Instituto de Psiquiatría, Kolkata, India

**Dr Alex Cohen**

Profesor Asistente de Medicina, Escuela de Medicina de Harvard, Boston, EUA

**Sra Michelle Cullen**

Consultora, Unidad de Pos-Conflictos, El Banco Mundial, Washington, EUA

**Dr Peter Deutschmann**

Director, Instituto Internacional de Salud de Australia, Universidad de Melbourne, Victoria, Australia

**Dra Jodie Doyle**

Coordinadora, Cochrane Campo de Promoción de la salud y Salud Pública, Australia

**Sra. Natalie Drew**

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Sra Monica Eriksson**

Líder de Proyecto, Escuela Nórdica de Salud Pública, Suecia

**Sra Beth Fuller**

Oficial Ejecutivo de Desarrollo de Programas, Instituto Internacional de Salud, Australia, la Universidad de Melbourne, Victoria Australia

**Dra Michelle Funk**

Coordinadora de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Sra Elizabeth Gale**

Directora Ejecutiva, Mentality, Londres, Reino Unido

**Dra Laura Ghali**

Ciencias de Salud Comunitaria, Universidad de Calgary, Canadá

**Sra Margaret Grigg**

Oficial Técnico, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Profesor Oye Gureje**

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ibadan, Ibadan, Nigeria

**Profesora Penny Hawe**

Presidente en Salud y Sociedad, Departamento de Servicios de Salud Comunitaria, Universidad de Calgary, Canadá

**Profesor Clemens Hosman**

Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de los Trastornos Mentales, Universidades de Nijmegen y Maastricht, Holanda

**Dra Eva Jane-Llopis**

Director de Ciencias y Políticas, Centro de Investigación de Prevención sobre Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales, Universidad Radboud, Universidad Nijmegen y Maastricht, Nijmegen, Holanda.

**Profesora Natacha Joubert**

Directora, Unidad de Promoción de Salud Mental, Canadá

**Dr Corey Keyes**

Departamento de Sociología y Departamento de Ciencias de la Conducta y Educación de Salud, Universidad de Emory, Georgia, EUA

**Profesora Viviane Kovess-Mafestty**

Directora, Fondation MGEN pour la Santé Publique París, Francia

**Dr Eero Lahtinen**

Médico Ejecutivo de Relaciones Sociales y Salud en Finlandia, Helsinki, Finlandia

**Profesor Ville Lehtinen**

Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud– STAKES Unidad de Promoción de la Salud Mental, Helsinki, Finlandia

**Profesor Bengt Lindstrom**  
Escuela Nómica de Salud Pública, Goteborg, Suecia

**Sra Merja Lyytijainen**  
Coordinadora de Proyecto, Asociación Finlandesa para Salud Mental, Finlandia

**Dr David McQueen**  
Director Asociado para Centros de Promoción de Salud Global para el Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, EUA

**Dr Alberto Minoletti**  
Director, Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago, Chile, Profesor Brian Mishara Director, Centro para Investigación e Intervención en Suicidio y Eutanasia (CRISE) Universidad de Quebec Montreal, Canadá

**Profesor Maurice Mittelmark**  
Presidente, Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación, Centro de Investigación para la Promoción de la Salud, Universidad de Bergen, Bergen, Noruega

**Sr Michael Murray**  
Presidente, Fundación The Clifford Beers, Universidad Central England, Birmingham, Reino Unido

**Dr Desmond O'Bryne**  
Unidad de Educación y Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Dr John Orley**  
Ex Director del Departamento de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Profesor Agustín Ozamiz**  
Profesor de Sociología, Universidad Deusto, Bilbao, España

**Dr Vikram Patel**  
Catedrático, Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, Director, Centro Sangath, Goa, India

**Dr Soumitra Pathare**  
Clínica Ruby Hall, Pune, India

**Dr Mark Petticrew**  
MRC Unidad de Ciencias Sociales y de Salud Pública, Glasgow, Reino Unido

**Dr Pekka Puska**  
Director-General Instituto Nacional de Salud Pública (KTL) Helsinki, Finlandia, Ex Director de Prevención de Enfermedades Contagiosas y Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Profesor Asociado John Raeburn**  
Universidad de Auckland, Aukland, Nueva Zelanda

**Profesora Beverley Raphael**  
Directora, Centro para la Salud Mental, North Sydney, NSW, Australia

**Dra Therese Riley**  
Departamento de Servicios de Salud Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Universidad La Trobe, Victoria, Australia

**Profesora Asociada Louise Rawlings**  
Escuela de Políticas y Prácticas, Universidad de Sydney, New South Wales, Australia

**Dr Benedetto Saraceno**  
Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Dra Margit Schmolke**  
Centro Internacional para la Salud Mental, Escuela Mt Sinai de Medicina, Nueva York, EUA

**Dr Shona Sturgeon**  
Dept de Desarrollo Social, Escuela de Cape Town, República de Sudáfrica, Profesor Leslie Swartz Director, Departamento de Niños y Familia, Consejo de Investigación de Ciencias Humanas, Cape Town, República de Sudáfrica

**Dr Kwok-Cho Tang**  
Presidente Ejecutivo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

**Sra Alison Taylor**

Presidente, Fundación de Salud Mental, Auckland, Nueva Zelanda

**Sra Hilary Thomson**

MRC Unidad de Ciencias Sociales y de Salud Pública, Universidad de Glasgow, Glasgow, Reino Unido

**Sra Lynn Underwood**

Instituto Fetzer, Kalamazoo, Michigan, EUA

**Sra Irene Verins**

Oficial Ejecutiva de Proyecto, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud, Victoria, Australia

**Sra Lyn Walker**

Directora, Unidad de Salud Mental y Bienestar, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud, Victoria, Australia

**Profesor Mitchell Weiss**

Profesor y Jefe, Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Instituto Swiss Tropical, Basel, Suiza

**Profesor Harvey Whiteford**

Krutzmann Profesor de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Centro The Park de Salud Mental, Queensland, Australia

**Profesor Stephen Zubrick**

Jefe, División de Ciencias de la Población, Instituto para la Investigación de Salud Infantil, West Perth, WA, Australia

## Mensajes claves

### Sin salud mental no hay salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como:

*... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS 2001, p.1).*

La salud mental es definitivamente una parte integral de esta definición. Las metas y tradiciones de la salud pública y promoción de la salud se pueden aplicar con igual beneficio al campo de la salud mental y a los campos de la salud cardiaca, enfermedades infecciosas y control del tabaco.

### La salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental: es vital para los individuos, familias y sociedades

La OMS describe la salud mental como:

*... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001a, p.1).*

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada en las diferentes culturas.

### La salud mental está determinada por factores socioeconómicos y ambientales

La salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general. La evidencia más clara de esto se relaciona con el riesgo de las enfermedades mentales, las cuales, en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación y, en algunos estudios, con malas condiciones habitacionales y bajo ingreso. La mayor vulnerabilidad que tienen las personas en desventaja, en cada comunidad, a las enfermedades mentales, se puede explicar mediante factores tales como la experiencia de vivir en inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física.

### La salud mental está vinculada a la conducta

Los problemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar. El abuso de sustancias, la violencia y los abusos de mujeres y niños por una parte, y los problemas de salud tales como enfermedad cardiaca, depresión y ansiedad por la otra, tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altos niveles de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, discriminación de género, estilo de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos.

### Las intervenciones efectivas de salud pública pueden mejorar la salud mental

El mejoramiento de la salud cardiaca en varios países ha estado más relacionado con la atención a las políticas relativas al ambiente, el tabaco y la nutrición que con medicinas o técnicas de tratamiento específicas. Los efectos adversos que tienen las cambiantes condiciones ambientales sobre la salud cardiaca se han reducido en diferentes grados gracias a acciones en múltiples niveles.

Igualmente, los estudios han demostrado que las políticas y prácticas no saludables pueden afectar la salud mental, por ejemplo en vivienda, educación y atención infantil. Esto acentúa la necesidad de evaluar la efectividad de las intervenciones de políticas y prácticas en diversas áreas de la salud y no relacionadas con la salud. A pesar de existir incertidumbres y diferencias en la evidencia, conocemos lo suficiente acerca de los vínculos entre experiencia social y salud mental para saber que urge la aplicación y evaluación de intervenciones de políticas y prácticas localmente apropiadas para promover la salud mental.

### **La acción colectiva depende por igual de los valores compartidos como de la calidad de la evidencia científica**

En algunas comunidades, las prácticas y formas tradicionales de vida contribuyen a mantener la salud mental, aun cuando ésta no fuese la intención explícita de las mismas. En otras comunidades, las personas necesitan estar convencidas de que es factible y vale la pena hacer un esfuerzo para mejorar la salud mental.

### **Un ambiente que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental**

Si no se cuenta con la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos, es muy difícil mantener un alto nivel de salud mental.

### **Los vínculos intersectoriales son la clave para la promoción de la salud mental**

La salud mental se puede mejorar a través de la acción colectiva de la sociedad. Para mejorar la salud mental se requieren políticas y programas por parte de los sectores gubernamentales y comerciales incluyendo los sectores de educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, así como actividades específicas en el campo de la salud relacionadas con la prevención y tratamiento de los problemas de salud.

### **La salud mental es asunto de todos**

Entre aquellos que pueden hacer algo para promover la salud mental y quienes tienen algo que ganar, se incluyen a individuos, familias, comunidades, organizaciones comerciales y profesionales de la salud. Destacan especialmente las personas del gobierno encargadas de la toma de decisiones a nivel local y nacional, cuyas acciones afectan la salud mental en formas que pudieran no conocer. Los organismos internacionales podrán garantizar que en todas las etapas del desarrollo económico los países estén conscientes de la importancia que tiene la salud mental para el desarrollo comunitario. Pueden también estimularlos a evaluar las posibilidades y la evidencia mediante intervenciones que les permitan mejorar la salud mental de su población.

## Introducción

*La salud pública es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida a través de esfuerzos organizados de la sociedad (OMS 1998, p. 3). En este siglo [XX] ha habido más ganancias en la salud para las poblaciones del mundo que en cualquier otra etapa de la historia. Estas ganancias se han obtenido parcialmente como resultado de las mejoras en los ingresos y en la educación, con las consecuentes mejoras en nutrición, higiene, vivienda, suministro de agua y sanidad. Éstas también son el resultado del nuevo conocimiento acerca de las causas, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, así como de la introducción de políticas que han hecho posible que los programas de intervención sean más accesibles. Los mayores avances en salud se han logrado a través de una combinación de cambios estructurales y las acciones de individuos (Nutbeam 2000 p.1).*

*Las políticas de salud en el siglo XXI necesitarán diseñarse en base a la pregunta clave ... "¿Qué hace que las personas sean saludables?" (Kickbusch 2003, p. 386).*

### ¿Qué es salud mental?

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de la salud. La OMS define excelentemente la salud como:

*... un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS 2001, p.1).*

Las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta.

Aunque es importante definir la salud mental, no siempre es necesario para lograr su mejoramiento. Las diferencias en los valores entre países, culturas, clases y géneros pueden parecer demasiado grandes para permitir un consenso sobre una definición (OMS 2001b). Sin embargo, al igual que la edad o la riqueza tienen en sí muchas expresiones diferentes alrededor del mundo, y aún así mantienen un significado universal de sentido común medular, también la salud mental se puede conceptualizar a través de las culturas sin restringir su interpretación. La OMS ha propuesto recientemente el siguiente significado de salud mental:

*... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001a, p.1).*

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tienen valor por sí mismas.

Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes. Además, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente. Pueden ser mutuamente exclusivas, solamente si la salud se define en una forma restrictiva como la ausencia de enfermedad (Sartorius 1990). Al reconocer que la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente, estaremos ayudando a que las comunidades e individuos entiendan cómo buscar su mejoramiento.

### La promoción de la salud mental es una parte integral de la salud pública

En general, la salud mental y los problemas mentales, al igual que la salud y la enfermedad, están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermedades mentales, los cuales en los países desarrollados y en vías

de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación. La asociación entre pobreza y trastornos mentales parece ser universal, ocurre en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo. Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales (Patel & Kleinman 2003). Los hallazgos de un reciente experimento natural en la reducción de la pobreza con la apertura de un casino en una reserva indígena de EUA son suficientes para demostrar, por ejemplo, la realidad de los agentes sociales que causan conductas inestables en los niños. Después de la introducción del casino, se redujo el índice de dichas conductas. La variable mediadora pareció ser que los padres supervisaban mejor a los hijos. Los niveles económicos tienen importantes implicaciones para el funcionamiento familiar y la salud mental del niño (Costello y otros, 2003; Rutter 2003). Los problemas de salud mental, sociales y de conducta pueden interactuar intensificando los efectos que cada uno ejerce sobre la conducta y el bienestar. El abuso de sustancias, la violencia y el maltrato de mujeres y niños por una parte, y los problemas de salud, tales como enfermedad cardiaca, depresión y ansiedad por la otra, tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altas tasas de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones de estrés laboral, discriminación de género, estilo de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos (Desjarlais y otros, 1995).

La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, y los valores culturales. Está influenciada por experiencias de la vida diaria, experiencias en la familia y la escuela, en las calles y en el trabajo (Lehtinen, Riikonen & Lahtinen 1997; Lahtinen y otros, 1999). La salud mental de cada persona afecta a su vez la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, la salud de una comunidad o población. Los estudios etnográficos en los países en vías de desarrollo muestran cómo los ambientes y entornos sociales, tales como los barrios bajos de Mumbai, configuran la experiencia local y la salud mental de las comunidades (Parkar, Fernandes & Weiss 2003). Algunos de los estudios más recientes en las diferentes áreas de la genética, neurociencia, ciencias sociales y salud mental, involucran elaboraciones de ideas con respecto al impacto que ejercen las sociedades sobre la vida humana en y por encima del total del impacto de los miembros individuales de la sociedad (Anthony en prensa).

Incluso, se ha observado ampliamente que la salud mental y la enfermedad mental radican fuera de la salud pública tradicional, considerando que sus conceptos fundamentales sobre salud y enfermedad son de origen multifactorial (Cooper 1993) y considerando también que existe una secuencia continua entre salud y enfermedad (Rose 1992). Las consecuencias son dobles. En primer lugar, las oportunidades para mejorar la salud mental en una comunidad no se han explotado en su totalidad. En segundo lugar, los esfuerzos organizados en los países para reducir la carga social y económica de las enfermedades mentales tienden a depender mayormente del tratamiento de individuos enfermos.

Las enfermedades mentales son comunes y universales. A nivel mundial, los trastornos mentales y de conducta representaban en 1990 el 11% de la carga total de enfermedad, expresado en términos de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés) (OMS 2001b). Se predice que para el 2020 esto va aumentar a un 15%. Los problemas de salud mental también resultan en una serie de otros costos para la sociedad (OMS 2003). La depresión fue la cuarta causa más importante de aportación a la carga de enfermedad en 1990 y se espera que para el 2020 sea la segunda causa en importancia después de la enfermedad cardiaca isquémica. Aun así, la mayoría de los gobiernos y sociedades no le han brindado la debida atención a los temas de las enfermedades mentales y la salud mental. Datos recientes recopilados por la OMS demuestran la gran diferencia que existe entre los recursos que están disponibles en los países para salud mental y la carga causada por los problemas de salud mental (OMS 2001c). En las últimas décadas, la carga de la enfermedad mental ha aumentado en comparación con las ganancias globales en salud de las poblaciones a nivel mundial (Eisenberg 1998; Desjarlais y otros, 1995).

Esta falta de atención está basada por lo menos en parte, en la confusión y falsas suposiciones acerca de conceptos separados de salud mental y enfermedad mental. Hasta el momento, el estigma que prevalece sobre el concepto de enfermedad mental, ha motivado el uso eufemístico del término "salud mental" para

describir los servicios de tratamiento y apoyo a personas con trastornos mentales y otros asuntos relacionados con los problemas de salud mental. Este uso contribuye a la confusión existente con respecto al concepto de salud mental así como al concepto de enfermedad mental.

Hasta hace poco, en la mayoría de los lugares del mundo, el tratamiento de la enfermedad mental estaba separado del resto de la medicina y la atención médica. En el entorno aislado de los asilos, los médicos veían a muchos pacientes que parecían no tener cura. La supuesta incurabilidad de la locura y la melancolía hizo que los médicos creyeran que las causas eran totalmente biológicas. Desde entonces ha continuado la idea de que la prevención de la enfermedad mental es “todo o nada” (Cooper 1990) y además, que la promoción de la salud mental está bastante separada de los problemas del mundo real y pudieran incluso desviarse recursos dirigidos al tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades mentales.

Los dos objetivos gemelos de mejorar la salud mental y disminuir los costos personales y sociales de los problemas de salud mental, solo se pueden lograr a través de un enfoque de salud pública (Sartorius 1998; VicHealth 1999; Hosman 2001; Herrman 2001; Walker, Moodie & Herrman 2004). Dentro del marco de salud pública, las actividades que pueden mejorar la salud incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. Estos difieren entre sí, aunque las acciones y resultados se superponen. Todos son necesarios, son complementarios y ninguno es un sustituto del otro.

## **La salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental**

---

Más que la ausencia de enfermedad, la salud mental implica estar en buenas condiciones, según se mencionó anteriormente. En el 2003, George Vaillant en los EUA comentó que la salud mental es demasiado importante para ser pasada por alto. La salud mental necesita ser definida. Según señala Vaillant (2003), ésta es una tarea compleja. “Salud mental promedio” no es lo mismo que “saludable”, ya que promedio siempre incluye mezclar con el término saludable la cantidad prevalente de psicopatología. Lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico. También se debe aclarar si se está analizando la condición o la característica – ¿es saludable o no un atleta que está temporalmente discapacitado debido a un tobillo fracturado o la persona asintomática con una historia de trastorno afectivo bipolar? También existe el “doble peligro de contaminación por los valores” (Vaillant 2003, p. 1374) – la definición de salud mental dada por una cultura puede ser propia de la región e incluso, si la salud mental es “buena”, ¿para qué es buena? ¿para la propia persona o la sociedad? ¿para encajar en el entorno o para ser creativo? ¿para la felicidad o para la supervivencia? Aún así, Vaillant propugna que debe prevalecer el sentido común y que ciertos elementos tienen una importancia universal para la salud mental; de la misma forma en que aunque cada cultura difiere en su dieta, la importancia de las vitaminas y los cuatro grupos básicos es universal.

## **Sin salud mental no hay salud: la salud mental y la conducta**

---

El estatus de salud mental está asociado con la conducta en todas las etapas de la vida. Un conjunto de evidencias indica que los factores sociales asociados con los problemas mentales también están relacionados con el consumo de alcohol y drogas, delitos y deserción escolar. La ausencia de los determinantes de la salud y la presencia de factores perjudiciales, también parecen ejercer un papel predominante en otras conductas de riesgo, tales como la práctica de sexo no seguro, trauma de carretera e inactividad física. Además, existen interacciones complejas entre estos determinantes, las conductas y la salud mental. Por ejemplo, una falta de empleo significativo podrá estar asociada con depresión y consumo de alcohol y drogas. Esto a su vez podrá resultar en trauma de carretera, cuyas consecuencias son discapacidad física y pérdida del empleo (Walker, Moodie & Herrman 2004). Kleinman (1999) describe la agrupación de los problemas mentales y sociales de la salud en “comunidades destruidas” que viven en tugurios y barrios bajos y entre las poblaciones migratorias vulnerables y marginales: grupos y combinaciones de violencia civil, suicidio, abuso de sustancias, depresión

y trastorno de estrés postraumático. Kleinman recomienda que se establezcan programas de investigación así como políticas y programas "que puedan prevenir la inmensa carga que la enfermedad mental impone sobre la salud de las sociedades y que es el resultado de la variedad de formas de violencia social en nuestra era" (Kleinman 1999, p. 979). El corolario es la necesidad para el desarrollo y la evaluación de programas que, por una parte, controlen y reduzcan dichos grupos de problemas y, por otra parte, ayuden a las personas y las familias a afrontar estas circunstancias.

Los estudios sobre los vínculos entre la depresión y las enfermedades cardiovasculares demuestran que la salud física y la salud mental están estrechamente relacionadas a través de diversos mecanismos.

Actualmente está bien establecida la importancia que tiene la salud mental para el mantenimiento de una salud física adecuada y para la recuperación de enfermedades físicas, así como también está establecido lo opuesto a este concepto. El estatus de salud mental es una consideración clave para cambiar el estatus de salud de una comunidad.

Diferentes tipos de evidencia sugieren que la salud mental y/o sus determinantes se pueden mejorar en conjunto con cambios planificados o no planificados en el ambiente social y físico. Esto será examinado en las siguientes páginas. La prudencia sugiere que existe suficiente justificación para que las intervenciones de programas y políticas se hagan acompañar de la evaluación de los procesos y resultados en países de alto o bajo ingreso. También sugiere la necesidad de monitorear los efectos que los cambios sociales, económicos y ambientales de cualquier país ejercen sobre la salud mental. Estas acciones a su vez continuarán ampliando la base de evidencia para alentar mayores prevenciones prudentes diseñadas a mejorar o mantener la salud mental, que se adapten a cada momento, país, lugar y población en particular.

Esta publicación proporciona un resumen editorial de los conceptos, evidencia y políticas y prácticas relacionadas con la promoción de la salud mental que se definen en mayor detalle en el Informe completo.

## Parte I: Conceptos

Esta sección considera una serie de conceptos relacionados con la salud, promoción de la salud y salud mental, y su uso a través de diferentes culturas, países y subpoblaciones. El propósito es describir el lugar que ocupa la salud mental en la promoción de la salud y en la promoción de la salud mental en el área de mayor cobertura de la salud mental. Esto establece la visión general para considerar en la Parte 2 y Parte 3 la evidencia de la efectividad en la promoción de la salud mental y las implicaciones para las políticas y prácticas.

### **Salud y promoción de la salud**

---

#### **La “nueva” salud pública**

La promoción de la salud es un campo emergente de acción, a menudo denominado la “nueva” salud pública (Baum 1998). Frecuentemente se define de forma indirecta, examinando primero la idea de “salud”, sin embargo, el término “salud” es impreciso en sí mismo.

“Salud” puede referirse tanto a estados ausentes como presentes. A menudo se utiliza para significar la ausencia de enfermedad o discapacidad, pero, con igual frecuencia, la salud se puede referir a un estado de suficiencia y aptitud, o a un reservorio de recursos personales que se pueden utilizar cuando se necesitan (Naidoo & Wills 2000). Las personas pueden tener concepciones diferentes sobre la salud de acuerdo a sus diferentes experiencias y culturas. Cuando las personas no profesionales describen lo que significa estar saludables, sus respuestas reflejan con frecuencia las circunstancias específicas de sus vidas. Bajo algunas circunstancias, estas personas equiparan salud con ausencia de enfermedad; en otras circunstancias, equiparan salud con autonomía o vitalidad. Las personas de más edad, por ejemplo, tienden a definir la salud como una fuerza interior y la capacidad para afrontar los retos de la vida; las personas más jóvenes tienden a enfatizar la importancia de estar en buenas condiciones físicas, la energía y la fortaleza. Las personas que viven en condiciones de prosperidad tienden a pensar en la salud dentro del contexto de disfrutar la vida; las personas de menos recursos económicos tienden a relacionar la salud con tener las necesidades básicas del diario vivir.

No obstante, se han realizado sólidos esfuerzos para elaborar una teoría unificada de la salud (Seedhouse 1986; Tones & Tilford 2001). Las teorías unificadas de la salud, tal como la que plantea la OMS cubren amplio terreno, incluyendo los factores ambientales e individuales. La implicación obvia es que la promoción de la salud debe tener enfoques tanto en el individuo como en el ambiente. Esto exige la participación de una gama mucho más amplia de intervenciones y actores que la que conlleva el modelo tradicional de la medicina que se centra en capacitar a los especialistas para que devuelvan la función a los individuos.

La promoción de la salud ha sido definida como acción y abogacía para abordar el rango completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables (OMS 1998). La promoción de la salud y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan y superponen. Debido a que la promoción se ocupa de los determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de la enfermedad, la promoción, algunas veces, se utiliza como un concepto paraguas que abarca también las actividades más específicas de la prevención (Lehtinen, Riikonen & Lahtinen 1997).

#### **Determinantes de la salud**

Los determinantes de la salud son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad. Estos pueden ser asuntos de opción individual, tales como fumar o no fumar, o

pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales más allá del control de los individuos. Los ejemplos incluyen la clase social de la persona así como el género, etnicidad, acceso a la educación, calidad de la vivienda y presencia de relaciones de apoyo; y en la comunidad incluyen el nivel de participación social y cívica, la disponibilidad de trabajo, calidad de aire y diseño de construcción.

### Niveles de intervención

Cada vez hay mayor evidencia que demuestra que las intervenciones en diferentes niveles, desde el nivel local al nivel nacional, pueden mejorar la salud (Benzeval y otros, 1995). Los factores sobre los cuales los individuos tienen muy poco o ningún control, requieren la atención colectiva de una sociedad, como está definido en el resumen de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS 1986). Las cinco estrategias identificadas por la Carta continúan siendo hoy el diseño básico para la promoción de la salud en muchas partes del mundo (refiérase al cuadro).

#### Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS 1986)

##### Estrategias de acción

- |   |  |
|---|--|
| ✓ Conformar políticas públicas saludables | ✓ Desarrollar habilidades personales   |
| ✓ Crear ambientes de apoyo                | ✓ Reorientar los servicios de la salud |
| ✓ Fortalecer la acción comunitaria        |  |

### Desigualdades e inequidades en la salud

Las desigualdades en la salud están relacionadas con una amplia gama de factores sociales, incluyendo aquellos que ya se han mencionado. Las desigualdades son también, hasta cierto punto, consecuencia de diferencias individuales genéticas, diferencias de salud en relación con la conducta y decisiones con respecto a la educación, el trabajo y el juego. En la medida en que las desigualdades sean una consecuencia de la injusticia social, no sólo existe la desigualdad, sino también la inequidad.

En todos los niveles, desde locales hasta nacionales, se pueden encontrar ejemplos de políticas e intervenciones que ayudan a las personas que viven en condiciones de desventaja social y económica, a tener mejor salud (Benzeval y otros, 1995; Black & Mittelmark 1999). De acuerdo con la OMS, las políticas de promoción de la salud son necesarias no solo en el sector de atención de la salud, sino también en los sectores económicos, ambientales y sociales para lograr un impacto positivo sobre los determinantes de la salud y mejorar la igualdad relacionada con la salud (OMS, 1998).

### La dimensión política de la promoción para la salud

Las discusiones acerca de lo que se debe hacer están basadas en los matices de una situación específica, en un lugar específico y en un momento específico. Por ejemplo, ¿bajo qué condiciones un riesgo para la salud amerita llevar a cabo una campaña de información, recomendaciones severas o una política de cumplimiento forzoso? La evidencia científica no puede nunca proporcionar una respuesta completamente satisfactoria, y las consideraciones políticas se introducen en forma natural en el proceso de la toma de decisiones. Las políticas para la promoción de la salud involucran la abogacía de intervenciones, tanto individuales como colectivas, para el cambio social.

### Práctica de promoción para la salud

A pesar de los diversos entornos, el trabajo de promoción para la salud presenta características comunes basadas en la colaboración y ciclos recurrentes de planificación, implementación y evaluación de programas. Los modelos preponderantes (Tones & Tilford 2001; Raeburn & Rootman 1998) destacan la intención de desarrollar el potencial de las personas para controlar su propia salud y para trabajar en colaboración. Casi todos los modelos prácticos de promoción para la salud incluyen:

1. un estudio detallado de las necesidades, recursos, prioridades, historia y estructura de una comunidad en colaboración con la comunidad: “haciendo en conjunto con” en lugar de “haciendo para”;
2. acuerdo sobre un plan de acción, recopilación de recursos, implementación y monitoreo de las acciones y los procesos de cambio. Se necesita fluidez en la planificación y las acciones para satisfacer las demandas de condiciones nuevas o cambiantes, así como una vigilancia constante y reflexión sobre la práctica; y
3. un énfasis en la evaluación y diseminación de las mejores prácticas, con atención al mantenimiento y mejoramiento de la calidad a medida que evoluciona la diseminación.

## La naturaleza de la evidencia sobre la promoción de la salud

### El principio de la prudencia

En la Asamblea Mundial de la Salud de 1998 se adoptó una resolución para emplear un enfoque basado en evidencia (WHA51.12). Sin embargo, la generación de evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud puede conllevar retos. La promoción de la salud es acción social. Por lo tanto, los experimentos controlados de laboratorio son con frecuencia formas inapropiadas de generar evidencia sobre su efectividad. En su lugar, el consenso acerca de la efectividad está basado en la triangulación metodológica que conduce a la interpretación convergente de evidencia de diferentes clases, proveniente de diferentes lugares, generada por diferentes investigadores. El "principio de la prudencia" reconoce que toda evidencia tiene deficiencia, que nunca podemos saber lo suficiente para poder actuar con certeza, pero que podemos en muchos casos tener la certeza suficiente sobre la calidad de la evidencia existente para hacer recomendaciones en cuanto a la acción.

Gran parte de la evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud se debe derivar de la investigación basada en la comunidad. No se puede confiar plenamente en las medidas tradicionales y cuantitativas. Al incluir los métodos cualitativos tendremos un mejor entendimiento de qué funciona y qué no funciona. Aunque dicha investigación de “mundo real” es un proyecto complejo, es posible, sin embargo, elaborar un conjunto de conocimientos confiables.

Los principales éxitos en la promoción para la salud mental en las últimas décadas han ocurrido en diferentes campos de acción, incluyendo el control del tabaco y la salud cardiaca. Un buen ejemplo de este éxito es la implementación y evaluación de un programa de promoción de la salud cardiaca llevado a cabo en Finlandia (refiérase al cuadro). En muchos casos, estos esfuerzos han recibido el apoyo de convenciones y colaboraciones internacionales (por ej., Convenio Marco de la OMS sobre Control del Tabaco — OMS 2003a; el proyecto Ciudades Saludables, de la OMS).

### Un estudio de caso sobre la promoción de la salud: promoción de la salud cardiaca en el este de Finlandia

El potencial para la promoción de la salud como una herramienta para la prevención de enfermedades cardiovasculares (CVD) se pone en evidencia mediante un proyecto llevado a cabo durante 25 años en la Provincia de Carelia del Norte al este de Finlandia. Entre la población masculina en Carelia del Norte se redujo grandemente el hábito de fumar y cambiaron los hábitos dietéticos. Entre 1992 y 1997 el cambio en los hábitos dietéticos condujo a una reducción de 17% en el nivel de colesterol en suero de la media de la población. Se pudieron controlar los elevados niveles de presión arterial y aumentó la actividad física en el tiempo libre. En las mujeres también se observaron cambios similares en los hábitos dietéticos, los niveles de colesterol y de presión arterial, aunque se observó que el hábito de fumar aumentó un poco desde un nivel bajo. Para 1995, la tasa de mortalidad anual producida por enfermedad cardiaca coronaria en hombres de mediana edad (menores de 65 años) se había reducido en 73% a partir de los años anteriores al programa (1967-71). Durante los últimos años, el descenso de la tasa de mortalidad por CVD entre hombres y mujeres en Carelia del Norte ha sido de aproximadamente 8% por año. Desde la década de los 80, también han empezado a surgir cambios favorables en toda Finlandia. Para 1995, la tasa anual de mortalidad por CVD entre hombres en toda Finlandia presentaba una reducción de 65%. Al mismo tiempo, la mortalidad por cáncer pulmonar también había reducido en más de 70% en Carelia del Norte y en cerca del 60% en toda

Finlandia.

Las experiencias de los programas en Carelia del Norte y otros programas CVD proporcionan las bases para las siguientes recomendaciones para la promoción exitosa de la salud cardiaca (Puska 2002):

- Los programas de prevención comunitaria deben prestar atención a los principios y reglas bien establecidas de la planificación, implementación y evaluación general de los programas.
- Los programas de prevención comunitaria deben considerar tanto los marcos médicos y epidemiológicos apropiados para seleccionar los objetivos intermedios como las teorías conductuales y sociales respectivas para el diseño del programa de intervención.
- Es esencial un buen entendimiento por parte de la comunidad ("diagnóstico comunitario"), una estrecha colaboración con distintas organizaciones comunitarias y una participación total de las personas.
- Los programas de intervención comunitaria deben combinar mensajes bien planificados de los medios y la comunicación con actividades comunitarias de amplio alcance que involucren la atención primaria de la salud, organizaciones voluntarias, industria alimenticia y supermercados, sitios de trabajo, escuelas, medios de comunicación locales y otros.
- Los programas de intervención comunitaria deben buscar la colaboración y el apoyo tanto de los responsables de la toma de decisiones a nivel formal como de los líderes de opinión a nivel informal.
- Los programas exitosos de intervención comunitaria necesitan combinar marcos teóricos sólidos con la dedicación, perseverancia y trabajo arduo.
- Se debe enfatizar y fortalecer más un programa de intervención comunitaria que esté destinado a cambiar los ambientes sociales y físicos en la comunidad para que sea más beneficioso a la salud y los estilos de vida saludables.
- Los principales programas de intervención comunitaria pueden ser beneficios para una comunidad específica pero también pueden tener un impacto de mayor cobertura como programa nacional de demostración. Por ello, se debe llevar a cabo la debida evaluación y se deben diseminar los resultados.
- Para las implicaciones nacionales, el proyecto debe realizarse en contacto estrecho con los diseñadores de políticas nacionales de salud en todo el programa.

### La fuerza de la evidencia

Existen dos asuntos medulares con respecto a la evidencia sobre la promoción de la salud: la fuerza de la evidencia y sus implicaciones para la investigación, práctica y elaboración de políticas. La fuerza de la evidencia está influenciada por el diseño de las intervenciones y los asuntos de metodología relacionados, tales como la validez y efectividad de los esfuerzos para minimizar los resultados parcializados. Una tipología útil de la fuerza de evidencia que hace referencia a tres elementos de investigación científica – falsedad, predicción y repetición – da como resultado cuatro tipos de evidencia (Tang, Ehsani & McQueen 2003):

- Tipo A: Se sabe lo que funciona, se sabe cómo funciona y la repetición es universal.
- Tipo B: Se sabe lo que funciona, se sabe cómo funciona, pero la repetición es limitada.
- Tipo C: Se sabe lo que funciona, la repetición es universal, pero no se sabe cómo funciona.
- Tipo D: Se sabe lo que funciona, no se sabe cómo funciona y la repetición también está limitada.

La investigación sobre la promoción de la salud funciona en un ambiente donde interactúan numerosos factores culturales, sociales, económicos y políticos. Las complejidades involucradas pocas veces resuelven lo suficiente para producir evidencia de Tipo A. Por lo tanto la promoción de la salud se esfuerza en la evidencia de Tipo B, y esto tiene importantes implicaciones para la práctica. Es muy poco probable que la efectividad de una intervención para la promoción de la salud pueda ser garantizada con anticipación; por tanto, la investigación de la evaluación necesita combinarse con la práctica de la promoción de la salud.

### Salud mental positiva

La evidencia para la promoción de la salud mental depende de la definición, medición y registro de la salud mental. Durante los últimos 30 años, la investigación ha contribuido a un entendimiento acerca del significado del término “salud mental”, aunque este entendimiento ha estado constreñido por el hecho de que gran parte

de la evidencia que está ampliamente disponible, está registrada en el idioma inglés y se obtuvo en países desarrollados. La salud mental ha sido conceptualizada en formas diferentes como una emoción positiva (afecto), tal como sentimientos de felicidad, incluso un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y control, y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad. Los diferentes aspectos y modelos de salud mental contribuyen a nuestro entendimiento del significado de salud mental positiva. En el siguiente cuadro se describen algunos aspectos.

### **Algunos puntos de vista sobre el concepto de salud mental positiva**

#### **Contexto cultural**

Jahoda (1958) explicó en la declaración de la OMS de 1947 que "salud mental no es solamente la ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar físico, psicológico y social", separando la salud mental en tres áreas. Primero, la salud mental involucra el logro propio en el sentido de que los individuos pueden explotar plenamente su potencial. En segundo lugar, la salud mental incluye un sentimiento de control que ejerce el individuo sobre su ambiente, y finalmente, que la salud mental positiva también significa autonomía que permite a los individuos identificar, confrontar y resolver problemas. Otros, como HB Murphy (1978), sostuvieron que estas ideas fueron cargadas con valores culturales considerados importantes por los estadounidenses. La definición de salud mental está claramente influenciada por la cultura que la define. La salud mental tiene diferentes significados dependiendo del entorno, la cultura y las influencias socioeconómicas y políticas.

#### **Tipos de personalidad**

Leighton & Murphy (1987) definieron distintos tipos de personalidad y sus estrategias para afrontar las adversidades. Ellos propusieron la teoría que establece que las personas tienen diferentes estrategias para afrontar adversidades, algunas de las cuales pueden ser relativamente perjudiciales y cuando se cuestionan, pueden poner a los individuos en riesgo de desarrollar enfermedades mentales.

#### **Dimensión afectiva**

La salud mental positiva puede ser conceptualizada como una sensación subjetiva de bienestar. Bradburn (1965) creó una escala para medir las facetas positivas y negativas del bienestar psicológico. Estudios posteriores sobre la definición y los determinantes del bienestar subjetivo sugieren que éste ejerce más efecto en el ambiente que el que el ambiente ejerce sobre él.

#### **Enfoque salutogénico**

Antonovsky propuso el enfoque "salutogénico" que se concentra más en la capacidad de afrontar adversidades que en el colapso nervioso y más en los factores "salutíferos" que en los factores de riesgo. Antonovsky consideraba que los factores de estrés tienen el potencial para consecuencias positivas, neutrales o negativas. Se considera que un sentimiento de coherencia es vital para la salud mental positiva ya que involucra la capacidad para responder flexiblemente a los factores de estrés. El optimismo parece ser la cognición dominante de las personas con buena salud mental y se ha observado que los optimistas tienen muchos mejores mecanismos para afrontar adversidades, tales como aceptación de la realidad y confianza en su crecimiento personal (Scheier & Carver 1992).

#### **Resiliencia**

La capacidad para afrontar las adversidades y para evadir el colapso nervioso cuando se producen factores de estrés, difiere tremadamente de un individuo a otro. No todas las respuestas al estrés son patológicas y las mismas pueden funcionar como mecanismos para afrontar adversidades. Muchos investigadores han estudiado los mecanismos saludables de defensa y de afrontar adversidades. Rutter (1985) concebía la resiliencia como un producto del ambiente y constitución que es un proceso interactivo. Los factores de protección pueden modificar las respuestas de las personas ante un peligro ambiental de manera que la consecuencia no siempre sea perjudicial, y los factores de protección solo pueden ser detectables cuando están ante la presencia de factores de estrés.

#### **Enfoque psicoanalítico**

El enfoque psicoanalítico propone el criterio de salud mental positiva como la capacidad de la persona para

usar su energía interna para su realización en los aspectos emocionales, intelectuales y sexuales.

#### **Enfoque de calidad de vida**

La OMS define calidad de vida como "la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes" (Grupo WHOQOL, 1995). Esta definición refleja una amplia perspectiva de bienestar que abarca la satisfacción de la persona con su estatus social, ambiental, psicológico, espiritual y de salud. El concepto de calidad de vida describe la salud, incluyendo la salud mental, en términos de capturar los aspectos positivos como los negativos de la resiliencia, la capacidad de afrontar adversidades, la satisfacción y la autonomía, entre otros.

### **El valor intrínseco de la salud mental**

La salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana. Tiene valores sustanciales e insustanciales, o intrínsecos: Para el individuo, la sociedad y la cultura. La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de una sociedad y sus miembros. Su valor se puede considerar en diversas formas relacionadas:

- La salud mental es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos.
- La buena salud mental es un recurso importante para los individuos, familias, comunidades y naciones
- La salud mental, como una parte indivisible de la salud general, contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general.
- La salud mental abarca a todas las personas ya que se genera en nuestra vida diaria en las casas, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas.
- La salud mental positiva contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad.
- La espiritualidad puede realizar una contribución significativa a la promoción de la salud mental y la salud mental influye en la vida espiritual (refiérase a Underwood-Gordon 1999).

La salud mental puede ser considerada como un recurso individual que contribuye a la calidad de vida del individuo y puede aumentar o disminuir de acuerdo con las acciones ejercidas por la sociedad. Un aspecto de la buena salud mental es la capacidad para mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas. Hay evidencia creciente que demuestra que la cohesión social es decisiva para la prosperidad económica de las comunidades y esta relación parece ser recíproca.

### **Cultura y salud mental**

Como se mencionó anteriormente, aunque las cualidades incluidas en el concepto de salud mental pueden ser universales, su expresión difiere según el individuo, la cultura y según su relación con diferentes contextos. Es necesario entender los conceptos de salud mental que tiene una comunidad en particular antes de involucrarse en la promoción de la salud mental. La amplia naturaleza del concepto de salud mental también significa que no es solo la incumbencia exclusiva del profesional de la salud mental.

Cada cultura influye en la forma en que las personas entienden la salud mental y la consideración que tienen sobre ella. Un entendimiento y una sensibilidad a los factores valorados por diferentes culturas, aumentará la importancia y el éxito de las intervenciones potenciales. Un ejemplo de esto es el caso de una madre Xhosa, en la era de la segregación racial en Sudáfrica, cuya explicación para no calmar el llanto de su hijo era que así se aseguraba que el niño iba a crecer con la fortaleza suficiente para dejar el país y unirse a las fuerzas en conflicto. Jóvenes soldados en Angola experimentaron la alteración de su educación y experiencias evolutivas (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2000; Mendes 2003). Sus relatos de sentirse diferentes y tener dificultad para relacionarse con otros, permitió elaborar enfoques personalizados para ayudarlos a ajustarse a una sociedad en tiempos de paz. El estigma es una importante inquietud que tienen las personas afectadas por VIH/SIDA. Los esfuerzos destinados a entender los conceptos de este grupo sobre salud mental, hacen una considerable contribución al desarrollo de programas de intervención pertinentes.

Sin embargo, un enfoque específico de cultura para entender y mejorar la salud mental puede no ser beneficioso, si presume la homogeneidad dentro de las culturas e ignora las diferencias individuales. Actualmente, la mayoría de las culturas se superponen y son heterogéneas. Es necesario entender las creencias y acciones de los grupos en sus contextos políticos, económicos y sociales; la cultura es uno de los distintos factores que se deben considerar (Tomlinson 2001).

## Capital social y salud mental

---

*Por una parte, millones de dólares son invertidos en aminorar los problemas de salud mediante la intervención individual. Mientras tanto, ignoramos lo que nos dice la experiencia diaria, es decir, el determinante más importante de nuestra salud es probablemente la forma en que organizamos nuestra sociedad, la medida en que alentamos la interacción entre la ciudadanía y el grado en el que confiamos y nos relacionamos entre sí en comunidades responsables (Lomas 1998 p. 1181).*

En el renacer del pensamiento en décadas recientes acerca de la colectividad social y la promoción de la salud, ha destacado el concepto de "capital social". Ha sido invocado para reestructurar las líneas de investigación previamente individualizadas sobre los determinantes sociales de la salud en general y la salud mental en particular (Anthony en prensa). Extendiéndose más allá de las herramientas y la capacitación que mejoran la productividad individual ("capital físico" y "capital humano"), el capital social se "refiere a las facetas de la organización social, tales como redes, normas y confianza social que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo" (Putnam 1995). Los ambientes económicos y sociales también afectan el capital social.

El capital social no es una percepción o recurso individual. Continúan los retos para definirlo y medirlo sin reducir el nivel individual. Los detrimientos potenciales incluyen la exclusión de los grupos que no son miembros y los grupos minoritarios, y la excesiva exigencia sobre miembros de las organizaciones sociales. Sin embargo, está aumentando el consenso en cuanto a que el capital social facilita la acción colectiva y puede promover el crecimiento y desarrollo social y económico al complementar otras formas de capital.

Los estudios durante las últimas dos décadas han demostrado vínculos entre capital social y desarrollo económico, la efectividad de los sistemas de servicio humano y el desarrollo comunitario. Los científicos sociales han investigado cómo un capital social más alto puede proteger a los individuos contra el aislamiento social, crear seguridad social, disminuir los niveles de criminalidad, mejorar la escolarización y la educación, fortalecer la vida comunitaria y mejorar los resultados del trabajo (Woolcock 1998). Los investigadores han comenzado a analizar las relaciones entre capital social y salud mental (Kawachi & Berkman 2001; McKenzie, Whitley & Weich 2002; Sartorius 2003). La relación entre capital social, salud y salud mental, y el potencial de promoción de la salud mental para mejorar el capital social son temas actuales de investigación y debate.

Las medidas de la salud de la población o los factores de riesgo generalmente se consideran como el agregado de las características individuales en la población. Usualmente, la consideración es una de las asociaciones binarias entre uno (o más) factores ambientales y la salud individual (Marmot 1998). El poder del capital social radica en su potencial para entender el ambiente de otra forma – la interacción entre los factores ambientales y sociales y los grupos vinculados de individuos. Esta perspectiva de redes de individuos que interactúan con los ambientes tiene el poder de explicar una variedad de resultados colectivos más allá de lo explicado por el agregado de los resultados de salud individuales (Anthony en prensa). Queda mucho trabajo por realizar para poder explicar los mecanismos que fundamentan el vínculo entre salud y comunidad (Gillies 1999; Henderson & Whiteford 2003) y las interrelaciones entre capital social y salud mental. Tampoco está claro si las relaciones entre estas dos variables son multidireccionales, y de causalidad o correlación (Lochner, Kawachi & Kennedy 1999). Sin embargo, se cree que las redes sociales promueven la cohesión social, la atención informal, la protección durante tiempos de crisis, mejor educación de la salud y mejor acceso a los servicios de salud, y aplican o cambian las normas de la sociedad que tienen un impacto en la salud pública (por ej., el hábito de fumar, la higiene y las prácticas sexuales) (Baum 1999; Kawachi, Kennedy & Glass 1999).

### **Vínculos entre cohesión social, suicidio y conducta antisocial**

Se han realizado estudios sobre las variaciones en la conducta antisocial y suicida para conocer la fortaleza o ausencia de cohesión social (OECD 2001). Por mucho tiempo se han planteado hipótesis con respecto a que los controles sociales deficientes y la desintegración de la organización de la comunidad local son factores que producen aumentos en las tasas de suicidios (Shaw & McKay 1942).

## **Salud mental y derechos humanos**

Un clima que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que brindan estos derechos, es muy difícil mantener un alto nivel de salud mental (Gostin 2001).

Un marco de derechos humanos nos ofrece una herramienta útil para identificar y abordar los determinantes subyacentes de la salud mental. Los instrumentos que conforman el mecanismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para los derechos humanos, representan un conjunto de valores y principios universalmente aceptados que pueden guiar a los países en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas, leyes y programas sobre salud mental. Como son normas y estándares legales ratificados por los gobiernos, generan la responsabilidad sobre la salud mental y ofrecen así, un estándar útil que permite evaluar las acciones del gobierno en la promoción de la salud mental.

Los derechos humanos empoderan a los individuos y las comunidades al concederles privilegios que hacen surgir las obligaciones legales por parte de los gobiernos. También ayudan a igualar la distribución y el ejercicio del poder dentro de la sociedad, mitigando así, la impotencia del pobre (OMS 2002b). Los principios de igualdad y ausencia de discriminación, que son elementos integrales del marco internacional de los derechos humanos, exigen que se preste atención especial a los grupos vulnerables. Más aún, el derecho de todas las personas a participar en los procesos de toma de decisiones, lo cual está plasmado en la Declaración de los Derechos y otros instrumentos de la ONU, puede ayudar a garantizar que los grupos marginados puedan influir en los asuntos y estrategias relacionadas con la salud, que los afectan, y que se consideren y aborden sus intereses.

La promoción de la salud mental no es solamente responsabilidad de los ministerios de salud. Requiere la participación de una amplia gama de sectores, actores y partes interesadas. Los derechos humanos abarcan dimensiones civiles, culturales, económicas, políticas y sociales y proporcionan así, un marco intersectorial para considerar la salud mental a través de la amplia gama de determinantes de la salud mental.

## **Un marco conceptual para la acción**

La Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) en Australia elaboró un marco conceptual para la acción con el fin de guiar sus esfuerzos de promoción de la salud mental (refiérase a la Figura 1). Este marco se concentra en tres de los determinantes de la salud mental (inclusión social, ausencia de la discriminación y la violencia, y participación económica), identificación de los grupos prioritarios de la población y áreas y entornos para la acción, y una descripción de los beneficios esperados.

Aunque los problemas de salud mental están presentes en todas las poblaciones, es más común entre las personas con relativa desventaja social y económica (Desjarlais y otros, 1995). Una parte integral del marco de VicHealth de promoción de la salud es el deseo de reducir las desigualdades en la salud. De acuerdo con VicHealth, para que esto se haga realidad, los esfuerzos necesitan:

- concentrarse en los determinantes sociales y económicos de la salud mental;
- involucrar a todas las distintas metodologías de promoción de la salud que funcionan en los niveles de población y subpoblación; e
- involucrar a aquellos que trabajan en los distintos sectores y entornos.

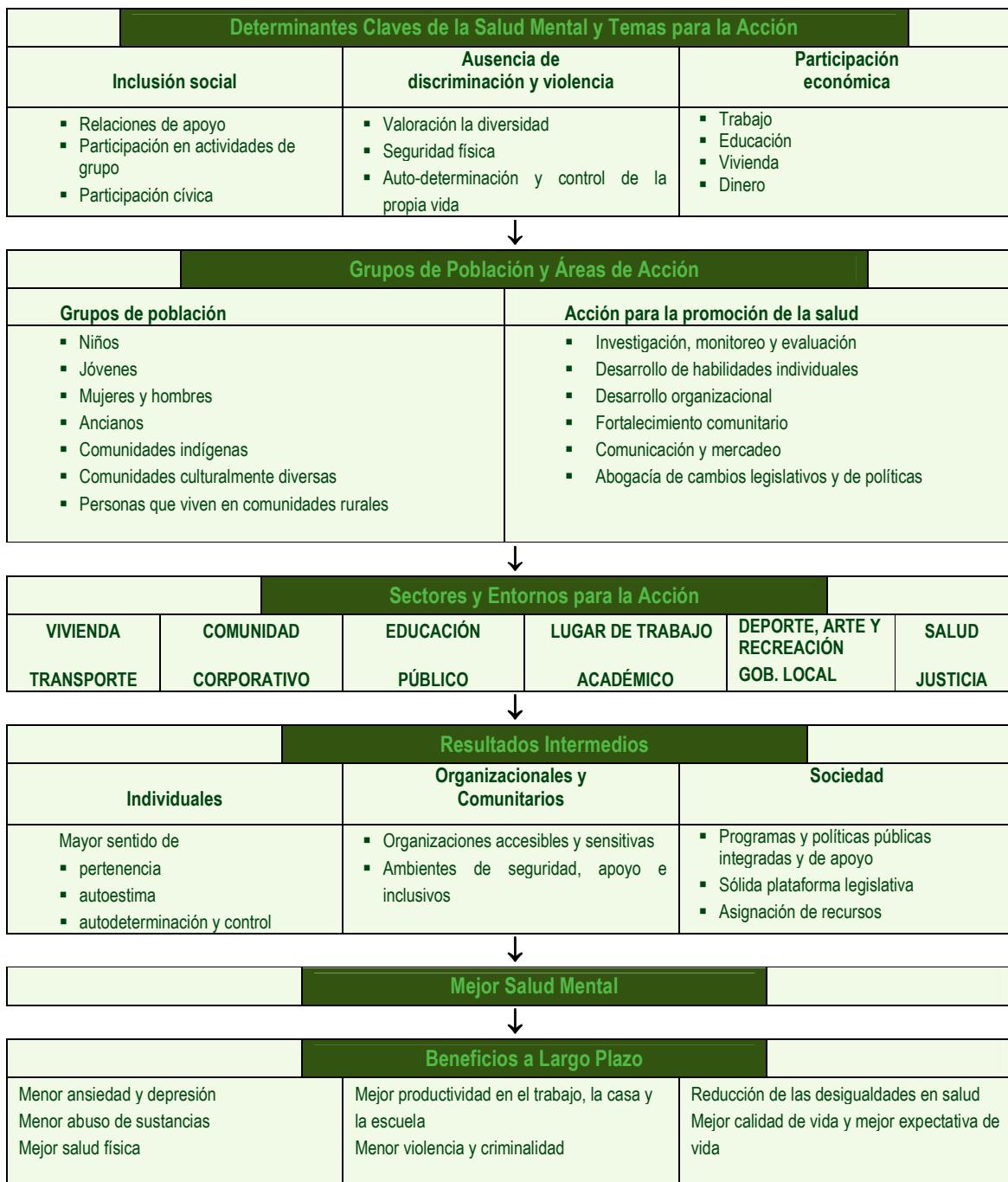
Debido a la relación entre los factores sociales y económicos y la salud mental, el éxito en la promoción de la salud mental y el bienestar, solo se puede lograr y mantener a través de la participación y apoyo de toda la comunidad, y la creación de alianzas entre las agencias del sector público, el sector privado y sectores no gubernamentales.

Con el fin de obtener la participación de cruce sectorial requerida, se necesitan colocar las sinergias en todos los sectores y elaborar un lenguaje común, con un enfoque en la salud en contraposición con la enfermedad. Considerando la escasez de los recursos y el esfuerzo global requerido para manejar y reducir la carga de la salud mental, también es fundamental evitar cualquier percepción de competencia por los recursos con el sector de tratamiento de la salud.

Las políticas, investigación y prácticas del gobierno tienen lugar en los sistemas u organizaciones que tienen muy poca participación entre sí. Con el fin de desarrollar actividades efectivas para la promoción de la salud mental a nivel de población, se deben desarrollar mecanismos de integración a través de estos "silos". Se requiere planificación, implementación e inversión integrada y a largo plazo. Necesita darse la evaluación de las necesidades y el progreso será lento. Las ganancias a largo plazo no siempre resultan incentivos atractivos para los gobiernos, de manera que se deben elaborar formas más efectivas para manejar el discurso político.

La promoción de la salud es un campo emergente de actividad, en el cual la promoción de la salud mental es una de las áreas más recientes de atención. Aunque la retórica de la promoción para la salud incluye el uso de métodos múltiples para cambiar los determinantes estructurales de la salud, los retos radican en la creación de fuerzas de trabajo dentro del sector salud y otros sectores que tengan la capacidad conceptual y práctica requerida. También es indispensable que se forjen colaboraciones interdisciplinarias entre las personas que trabajan en el área de la salud y el área sociopolítica en el nivel académico. Esto exigirá un cambio ideológico e igualmente un cambio cultural en el competitivo ambiente académico. Finalmente, la competencia a través de los sectores y disciplinas obstruirá el progreso. La preparación de acuerdos de colaboración internacional es fundamental para garantizar que se realice la actividad de la promoción de la salud mental en países desarrollados y en vías de desarrollo y que se nutra con información de conocimientos y experiencias compartidas.

**Figura 1: Marco de VicHealth para la promoción de la salud mental y el bienestar**



Fuente: VicHealth 1999.

## Parte II: La evidencia emergente

*La promoción efectiva de la salud produce cambios en los determinantes de la salud (Nutbeam 2000, p. 3).*

### Objetivos y acciones para la promoción de la salud

Los factores personales, sociales y ambientales que determinan la salud mental y los problemas mentales se pueden agrupar conceptualmente en tres temas (HEA 1997; Lehtinen, Riikonen & Lahtinen 1997; Lahtinen y otros, 1999):

- *el desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables*  
Esto proporciona entonces un ambiente de protección y seguridad, buenas condiciones habitacionales, experiencias educativas positivas, empleo, buenas condiciones de trabajo y una infraestructura política de apoyo; minimiza el conflicto y la violencia; permite la auto-determinación y el control de la propia vida; y proporciona validación comunitaria, apoyo social, modelos de roles positivos y las necesidades básicas de alimentación, afecto y albergue.
- *la capacidad de cada persona para afrontar el mundo social a través de destrezas de participación, tolerancia a la diversidad y responsabilidad mutua*  
Esto está relacionado con experiencias positivas de lazos afectivos tempranos, apego, relaciones, comunicación y sentimientos de aceptación.
- *la capacidad de cada persona para afrontar los sentimientos y pensamientos, el manejo de la propia vida y la resiliencia.*  
Esto está relacionado con la salud física, la autoestima, la capacidad para manejar los conflictos y la capacidad para aprender.

Propiciar estas cualidades individuales, sociales y ambientales y evitar lo opuesto, son los objetivos de la promoción de la salud mental. En cada país o comunidad, la opinión local sobre los problemas importantes y las ganancias potenciales, y la evidencia acerca de los determinantes sociales y personales de la salud mental conformarán las actividades de la promoción de la salud mental. Como se mencionó anteriormente, la promoción de la salud y la prevención son actividades que están necesariamente relacionadas y superpuestas: la promoción se ocupa de los determinantes de la salud, mientras que la prevención se enfoca en las causas de la enfermedad. La evidencia para la prevención de los trastornos mentales (Hosman & Jané-Llopis en prensa) contribuye a la base de evidencia para la promoción de la salud mental. Sin embargo, más allá de esto, la evidencia para la efectividad de la promoción de la salud mental se está ampliando a través de la evaluación de experiencias en diferentes formas y en diferentes países y entornos. Esto proporciona mayor confianza en la elaboración de intervenciones, aun cuando el principio de la prudencia (refiérase a p. 20) reconoce que nunca sabremos suficiente para actuar con total certeza.

Las actividades para la promoción de la salud mental son principalmente sociopolíticas: reducir el desempleo, mejorar la escolarización y la vivienda, trabajar para disminuir los diferentes tipos de estigma y discriminación, e iniciativas de políticas específicas, tales como el uso de cinturones de seguridad para evitar lesiones en la cabeza. Los agentes claves son los políticos, educadores y miembros de las organizaciones no gubernamentales. El trabajo de los profesionales de la salud mental es recordarles que la evidencia es un factor de importancia para estas variables claves (Goldberg 1998). Los profesionales de la salud podrán estar involucrados más directamente en la prevención de las enfermedades, creando y aplicando programas en la atención primaria de la salud y en otros entornos, y en políticas de salud.

Un enfoque combinado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Mrazek & Haggerty 1994; Eaton & Harrison 1996) clasifica las intervenciones de acuerdo con los niveles de riesgo de enfermedad (o alcance para mejorar la salud) en diferentes grupos de población, y aclara qué tipo de acción colectiva se requiere: *universal* (dirigida a la población entera, por ej., buena atención prenatal), *seleccionada* (dirigida a subgrupos de la población con riesgos significativamente superiores al promedio, por ej., apoyo familiar para

los madres jóvenes, pobres, embarazadas por primera vez) o *indicadas* (dirigidas a individuos de alto riesgo con síntomas mínimos pero detectables, por ej., detección y tratamiento temprano para los síntomas de depresión y demencia). El método de recopilación de evidencia está influenciado por el reconocimiento con respecto a (1) la evidencia para rutas causales directas generalmente es más fuerte en las influencias más inmediatas sobre la salud o enfermedad; (2) la mayoría de los estados de salud tienen múltiples causas que interactúan en el transcurso del tiempo (Desjarlais y otros, 1995); y (3) factores importantes, tales como el ambiente familiar o el abuso y abandono de menores influirán en el nivel de salud física y mental así como en el riesgo de desarrollar varios tipos de enfermedad en períodos posteriores de la vida. Otros eventos y circunstancias en la vida interactuarán favorable o desfavorablemente para contribuir a la salud y la fortaleza emocional o el desarrollo de enfermedades.

Se ha visto que la promoción de la salud mental reclama la paz, la justicia social, condiciones de vivienda aceptables, educación y empleo. El llamado de acción intersectorial algunas veces ha sido difuso (Kreitman 1990). Se requieren propuestas específicas basadas en evidencia con resultados medibles. Sin embargo, pedir que los proyectos individuales para la promoción de la salud demuestren cambios a largo plazo en los problemas de salud, productividad o calidad de vida, es con frecuencia poco realista e innecesario. En su lugar, se requiere organizar la evidencia que vincula la salud mental con sus determinantes esenciales (investigación etiológica) y el diseño y evaluación de los programas para demostrar cambios en las mismas variables determinantes o mediadoras. En otras palabras, los programas y políticas pueden aspirar a producir cambios en los indicadores de la participación económica, los niveles de discriminación o conectividad social. La identificación y documentación de los beneficios que tienen estos cambios para la salud mental, y el desarrollo de los indicadores de estos determinantes, son áreas complementarias de trabajo que necesitan mayor apoyo. Si existe una base de evidencia para la promoción de la salud mental, pero la misma necesita ser reforzada mediante la investigación etiológica y la evaluación de programas y políticas.

Esta Parte del Informe Compendiado pasa a considerar por diferentes medios la naturaleza, recopilación, evaluación y uso de la evidencia para la promoción de la salud mental en diferentes entornos y grupos de población. Concluye considerando la ruta a seguir para generar mayor evidencia.

## **La evidencia y su uso en la promoción de la salud mental**

---

### **Vinculando la investigación con la práctica y las políticas**

En los últimos años se han producido importantes avances en el establecimiento de una sólida base de evidencia para la promoción de la salud mental. Existe el consenso sobre grupos de factores conocidos de riesgo y protección para salud mental y existe evidencia de que las intervenciones pueden reducir los factores de riesgo identificados y mejorar los factores conocidos de protección (Mrazek & Haggerty 1994). El informe de la Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud (IUHPE) para la Comisión Europea indica que los programas para la promoción de la salud mental sí funcionan y que hay distintos programas basados en evidencia que informan sobre la práctica de la promoción para la salud mental (IUHPE 2000). La acumulación de evidencia demuestra la factibilidad de implementar los programas efectivos para la promoción de la salud en distintos grupos de población y entornos (refiérase a Hosman & Jané-Llopis en prensa).

Un reto importante es fortalecer la base de evidencia con el fin de informar globalmente sobre la práctica y las políticas. Aunque los investigadores tienden a concentrarse más en la calidad de la evidencia, su rigor metodológico y su contribución al conocimiento, diferentes partes interesadas en el área pueden brindar otras perspectivas para contribuir con los tipos de evidencia necesaria. Según lo describe Nutbeam (2000), los diseñadores de políticas tienden a concentrarse más en la necesidad de justificar la asignación de los recursos y en demostrar el valor agregado, los médicos necesitan tener confianza en el probable éxito de implementar las intervenciones, y las personas que se van a beneficiar necesitan considerar que tanto el programa como el proceso de implementación son participativos y pertinentes a sus necesidades. Otra importante tarea es promover la aplicación de evidencia existente en buenas prácticas en el terreno, especialmente en los países y entornos en desventaja y de bajo ingreso. Esto conlleva la identificación de

programas que son efectivos, factibles y sostenibles en los diversos contextos y entornos culturales. Por lo tanto, el reto es doble: trasladar la evidencia de la investigación a la práctica efectiva y trasladar la práctica efectiva a la investigación, de manera que la evidencia que no está actualmente documentada pueda llegar a publicarse algún día.

### Cambiando hacia una salud mental positiva

La promoción de la salud mental vuelve a conceptualizar la salud mental en términos positivos en lugar de negativos. Este cambio de enfoque hacia los indicadores positivos de bienestar exige un perfeccionamiento metodológico que establezca los indicadores positivos de los resultados de la salud mental. Este cambio también exige un enfoque en los métodos de investigación que documentarán el proceso, así como los resultados, de posibilitar la salud mental positiva e identificar las condiciones necesarias para la implementación exitosa.

### Identificando la implementación de programas efectivos

El estudio sistemático de la implementación de programas ha sido relativamente desatendido. Se ha identificado el reto utilizando métodos y enfoques basados en la investigación que son congruentes con los principios de la práctica de promoción de la salud mental (Labonté & Robertson 1996), los cuales atraviesan fronteras metodológicas y evalúan iniciativas en términos de su proceso y de sus resultados (OMS 1998b). La noción en cuanto a que hay una jerarquía de evidencia, particularmente una que se concentra casi exclusivamente en los resultados de la evaluación de pruebas aleatorias controladas (RCTs), restringe el conjunto actual de evidencia a esa investigación realizada principalmente en países de alto ingreso. Se necesita una continuidad de enfoques que van desde RCTs hasta métodos más cualitativos orientados por el proceso, tales como el uso de estudios de caso, estudios correlacionados de análisis narrativos, entrevistas, encuestas y estudios etnográficos (McQueen & Anderson 2001).

La investigación de la implementación es decisiva para el entendimiento de cómo y bajo qué condiciones los programas podrán ser efectivos. La recopilación de esta clase de datos contribuirá a avanzar en el conocimiento sobre las mejores prácticas en entornos reales.

### Aplicando la evidencia en países de bajo ingreso

El debate sobre la evidencia necesita extenderse más allá de una inquietud con la calidad del diseño de la investigación, para enfocarse más directamente en la calidad de las intervenciones y las implicaciones de sus prácticas y políticas de mayor alcance. Actualmente, el debate sobre la evidencia se ha realizado en literatura del idioma inglés dentro de un contexto euroamericano: "la evidencia está menos disponible en las áreas que tienen la máxima necesidad, es decir, en los países en vías de desarrollo y áreas afectadas por conflictos" (OMS 2002, p. 27).

Se requiere crear sistemas de información y bases de datos que sean fáciles de utilizar, con el fin de que los profesionales de la salud y diseñadores de políticas tengan acceso a la evidencia. En particular, hay una necesidad urgente de identificar programas efectivos que se puedan transferir y sostener en entornos tales como escuelas y comunidades. En este sentido, puede ser beneficioso explorar la aplicación de los programas basados en el desarrollo comunitario y métodos de empoderamiento, tales como el programa comunitario para madres (Johnson y otros, 1993, 2000) y el programa de apoyo entre viudas (Silverman 1988). Estos programas, entre otros, han demostrado ser altamente efectivos, de bajo costo, repetibles, y que se pueden implementar y sostener exitosamente en entornos de comunidades en desventaja por los miembros no profesionales de la comunidad. La implementación de los programas realizados en las escuelas y dirigidos a jóvenes, también parecen ser un área clave para su desarrollo en países de bajo ingreso.

En ausencia de grandes recursos, el reto en muchos países es documentar las formas innovadoras de la práctica y elevarlas a la atención de otros. Puede estar faltando documentación, incluso boletines informativos y folletos. Sin embargo, una falta de evidencia documentada no significa que no hay buenas

prácticas. Se necesita diseminar la investigación para examinar cómo se puede aplicar la evidencia en los diversos entornos culturales.

Se necesita la cooperación internacional para ayudar a los países de bajo ingreso, por medio de soporte técnico para que publiquen guías sobre la implementación efectiva de programas sostenibles de bajo costo. La prueba final de la base de evidencia es cómo se puede utilizar efectivamente para informar globalmente las prácticas y políticas que reducirán las desigualdades y traerán una mejor salud mental para los individuos, las familias y las comunidades que más la necesitan.

## Determinantes sociales de la salud mental

---

Los determinantes socioeconómicos de la salud han sido bien estudiados. En resumen, las personas que están más aisladas socialmente y las personas que están en desventaja tienen mayores problemas de salud que las otras (House, Landis & Umberson 1988). Las sociedades con mayor cohesión social son más saludables y su índice de mortalidad es más bajo (Kawachi & Kennedy 1997). Muchos estudios han mostrado las poderosas asociaciones entre la salud y la conectividad social (Putnam 2001). Muchos autores han reexaminado la evidencia de los factores personales, sociales y ambientales en relación con la salud mental y los problemas mentales (por ej., HEA 1997; Lahtinen y otros, 1999; Wilkinson & Marmot 1998; Eaton & Harrison 1998; Hosman & Llopis 2004; Patel & Kleinman 2003). Simultáneamente con los avances del siglo XX, mediante el aprendizaje de las ciencias cerebrales y la neurociencia, ha habido una evolución de ideas acerca de los determinantes sociales de la salud mental y los trastornos mentales. En los inicios del siglo XXI, hemos regresado a una posición de entusiasmo ampliamente generalizado acerca de nuestra dotación genética y la configuración social de su expresión. En estos momentos, la causal predominante no proviene de la eugenesia como es practicada a nivel de población a través de modalidades, ahora rechazadas, de destrucción étnica y esterilización selectiva. En su lugar, el motivo prevaleciente es que la expresión de los genes se puede configurar mediante agentes exógenos y ser moldeada por la experiencia social.

Será muy importante para el público no profesional y para los líderes de la sociedad captar estas ideas a medida que emergen y evolucionan durante el siglo XXI. La elección sobre la respuesta de la sociedad depende en parte de nuestra capacidad para predecir la ocurrencia del perjuicio o beneficio, y en parte, de nuestro análisis de beneficio-riesgo con respecto al despliegue de los recursos. En este contexto, la exactitud de nuestras predicciones es revelada en la evidencia y es más o menos objetiva, pero la evaluación de beneficio-riesgo y la elección de las intervenciones dependen de la expresión del consenso compartido acerca de los valores.

Un reto inmediato para los líderes de la sociedad es el de crear o perfeccionar las estructuras y los procesos sociales que utilizamos para evaluar la evidencia disponible y para movilizar los recursos con el fin de promover la salud mental (Jenkins 2001). Los nuevos descubrimientos y la evidencia cada vez más definitiva sobre los determinantes de la salud mental tienen un valor limitado, a menos que sean estructuras y procesos sociales que pongan en acción los nuevos descubrimientos y evidencia.

Cuando finalizó el siglo XX, existía un crítica cada vez más dura de la “epidemiología de los factores de riesgo”, lo que significaba una atención en la investigación, selectivamente más estrecha, sobre las características y conductas a nivel individual que señalan el aumento del riesgo de los trastornos mentales o las condiciones generales de salud (por ej., Susser & Susser 1996). Al mismo tiempo, surgió mucho pesimismo acerca de lo poco que se ganaba cuando los programas de prevención se enfocaban en los cambios de conducta a nivel individual (por ej., Syme 2003). En efecto, no era nuevo este tipo de crítica. Algunos críticos en períodos anteriores, tales como Claus Bahne Bahnsen abogaban porque hubiera más investigaciones utilizando diseños que evitaran las viejas controversias acerca del mayor o menor significado de los factores biológicos, sociológicos u otros, y que en su lugar, integraran estos diferentes niveles en una matriz más amplia para expresar todo el proceso. La crítica tiene más de un siglo de existencia pues las alteraciones en la salud mental, tales como la conducta relacionada con el suicidio, pueden ser consideradas como un fenómeno social aunque sea en un nivel.

Todavía queda mucho por aprender de la investigación sobre salud pública en las diferentes disciplinas, así como de los paradigmas experimentales de investigación de laboratorio en primates no humanos (refiérase al cuadro).

#### **Aprendiendo de la investigación de laboratorio en primates no humanos**

Una línea especialmente interesante de la investigación en primates ha sido elaborada por los experimentos iniciales del Profesor Harry Harlow sobre la separación de infantes primates de sus madres. Esta investigación ayudó a agudizar nuestro enfoque de la investigación en humanos y a aclarar cómo la separación madre-infante puede constituir un determinante social de salud mental deficiente en la condición humana. En resumen, existe evidencia de las interacciones entre gene y ambiente en relación con una conducta demasiada agresiva en los hijos primates masculinos vulnerables y lo que generalmente es un mayor consumo de bebidas alcohólicas por parte de estos individuos.

La investigación demostró que los hijos primates masculinos muestran exacerbaciones de conducta agresiva y conducta alcohólica cuando son asignados a condiciones que involucran la ruptura y separación del ambiente materno y la crianza subsiguiente únicamente con otros primates igualmente separados de sus madres. Es interesante destacar que incluso se observó una mayor conducta agresiva y mayor consumo de alcohol entre los primates masculinos con una mutación genética que involucraba al transportador de serotonina. Sin embargo, cuando los hijos masculinos permanecieron con sus madres en el ambiente de crianza materna, no hubo diferencias en la agresión ni en el consumo de alcohol en relación con el transportador de serotonina. Quiere decir que la actividad insalubre de la mutación del transportador de serotonina fue evidente solamente en la condición de crianza con iguales y no en la condición de crianza materna (Suomi, 2002).

Este tipo de experimentos con primates no se puede repetir fácilmente con humanos. No obstante, los "experimentos de la naturaleza" algunas veces crean circunstancias en las cuales los infantes son separados de sus familias prematuramente y luego pasan a vivir en grupos (por ej., como se ha observado en áreas donde las muertes de muchos padres con VIH/SIDA han llevado a la creación de grandes orfelinatos). Además, en muchas áreas urbanas del mundo, los jóvenes dejan el ambiente de su hogar para convertirse en niños de la calle y entran en contextos de grupos de iguales que necesariamente evocan las jerarquías de niveles sociales. Estos recientes hallazgos de los laboratorios con primates apuntan hacia los determinantes sociales de la salud mental positiva que pudieran perturbarse bajo estas condiciones, y hacen de estos entornos de orfanatos y grupos de iguales un contexto especialmente fructífero para las intervenciones y la investigación.

#### **Vínculos entre salud física y mental**

La salud mental positiva es un conjunto de rasgos claves que abarcan el estado de bienestar y el estado de mente positiva. Puede influir en el inicio, curso y consecuencias tanto de las enfermedades físicas como mentales. Por ejemplo, los estudios han indicado vínculos entre la depresión y la ansiedad con las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. (Kuper, Marmot & Hemingway 2002; Carson y otros, 2002). Hay suficiente documentación acerca del rol que desempeñan los trastornos mentales en el aumento de la vulnerabilidad a la morbilidad física y consecuencias desalentadoras. Se conoce que las creencias psicológicas tales como el optimismo, el control personal y un sentido de propósito son factores que protegen la salud mental así como la salud física. Aun las creencias optimistas poco realistas acerca del futuro pueden actuar como factores de protección de la salud en hombres infectados con VIH. Igualmente, la salud física es un atributo positivo que influye sobre las enfermedades físicas y mentales, así como en sus resultados. Estas interrelaciones están comprendidas en los conceptos integrales de salud.

Los resultados de una Encuesta de Salud Comunitaria en la Ciudad de Nueva York, recientemente publicada, (una encuesta telefónica a 10,000 habitantes de Nueva York, que representaban 33 comunidades) revela que una salud general deficiente es tres veces más común entre las personas que reportan problemas emocionales significativos. Éstas presentan proporciones altas de muchas condiciones crónicas que las

colocan en riesgo de sufrir muerte prematura, incluyendo colesterol alto, hipertensión, obesidad, asma y diabetes. A menudo manifiestan conductas que conducen a un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud, incluyendo hábitos de vida sedentaria, borracheras, hábito de fumar y alimentación inadecuada (Departamento de Higiene y Salud Mental, Ciudad de Nueva York, 2003).

La interrelación entre salud física y mental también se hace evidente en los estudios sobre la salud en ancianos. Por ejemplo, los hallazgos en la práctica diaria entre ancianos tailandeses sugieren la importancia que para su salud física y mental tienen los buenos hábitos alimenticios, el ejercicio periódico, la búsqueda de conocimiento sobre la salud, la participación en actividades religiosas, las buenas relaciones con otras personas y la administración bien planificada de sus ingresos y egresos que al final conducen a una satisfacción con la vida (Othaganont, Sinthuvorakan & Jensupakarn 2002).

Los conceptos integrales de salud son básicos para muchas creencias indígenas sobre la salud y el bienestar. Esto se ilustra mediante la definición de salud aceptada por la antigua cultura indígena de Australia. El Partido Laboral de Estrategias Nacionales para la Salud Aborigen (1989) define la salud como: *... no solo la salud y bienestar físico del individuo, sino también el bienestar social, emocional y cultural de toda la comunidad. Esta es una perspectiva de vida completa y también incluye el concepto crítico de vida-muerte-vida.*

Esta definición abarca la salud mental, la cual ha sido definida como bienestar social y emocional, y en términos de los factores espirituales, ambientales (tales como territorio y lugar), físicos, sociales (incluyendo comunidad y cultura) y emocionales. Estos interactúan entre sí en formas complejas.

Se presume que dichas interacciones ocurren a través de mecanismos psicológicos y psicofisiológicos. Más recientemente, se ha establecido la influencia de los trastornos psiquiátricos específicos en la contribución a trayectorias adversas de enfermedades cardíacas y muerte (Bunker y otros, 2003).

De esta manera, hay un cúmulo de evidencia que destaca el valor de un enfoque integral de la salud en términos de salud mental y física y enfermedad. La consecuencia natural de dichas correlaciones es que la promoción de la salud mental positiva puede ser vista globalmente como esencial en términos de salud y en términos de los trastornos físicos y mentales.

### **Salud mental, enfermedad mental y conceptos de recuperación**

Comprender que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad, puede ayudar a las personas con enfermedades mentales y a las personas encargadas de su atención. Los recursos para la protección de la salud y la salud positiva pueden coexistir con síntomas psicopatológicos algunas veces severos, por ejemplo, en una persona que vive con esquizofrenia. Esto sugiere el valor de desarrollar enfoques clínicos más integrales en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, concentrándose adicionalmente en la salud positiva de la persona, sus fortalezas, capacidades y esfuerzos personales dirigidos a la recuperación. El modelo de recuperación empodera a los usuarios y a las personas que participan con ellos mediante el énfasis en las fortalezas y una orientación positiva hacia el futuro. El evaluar y aprovechar las fortalezas ayuda a las personas a "vivir bien" con enfermedades mentales u otras enfermedades y a evitar mayores perjuicios debido a estos padecimientos (Schmolke 2003).

### **Desarrollo de los indicadores de salud mental**

---

Una considerable documentación de resultados en la práctica informa sobre el desarrollo y uso de indicadores de población en la salud mental y la prevención de la salud mental: estudios epidemiológicos de salud mental, estudios de cruce nacional sobre la calidad de vida, hallazgos con respecto a la relación entre los determinantes sociales y las desigualdades, y los resultados de la salud y la salud mental, estudios psicométricos y observaciones basadas en la vigilancia y monitoreo de la salud.

Las diferentes perspectivas de los profesionales de promoción de la salud y profesionales de la salud mental tienen que ser consideradas al proponer los indicadores de la salud mental, aunque éstas no sean incompatibles. Por lo tanto, ya sea mediante un enfoque en las poblaciones o un enfoque en los individuos,

ambos reconocen que la salud mental positiva se establece dentro de un ambiente sociopolítico, económico y cultural más amplio, que a su vez influye en la distribución de recursos materiales y sociales a través de una variedad de mecanismos institucionales e individuales. En última instancia, la biología y los genes individuales están condicionados por estos ambientes e interactúan con los mismos. Como consecuencia, los indicadores de una salud mental positiva por necesidad reflejarán los diferentes niveles de influencia.

Aunque los marcos o modelos conceptuales emergentes de salud mental positiva estén en una fase inicial, ya reconocen la necesidad de especificar una gama de indicadores en los diferentes niveles de influencia evolutiva sobre la salud mental (Korkeila 2000; Lahtinen y otros, 1999; Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud (STAKES) y la Comisión Europea, 2000; Stephens, Dulberg & Joubert 1999). Estas influencias conllevan intereses multisectoriales (por ej., la salud, asistencia social, educación, justicia). También incluyen *medidas de macro-nivel* de los procesos estructurales culturales, sociales y políticos-económicos; *medidas distales* de la organización social y la conducta de las comunidades, escuelas, vecindarios locales y lugares de trabajo; *medidas proximales* de las circunstancias demográficas, materiales y sociales y las conductas de familias y compañeros; y *medidas directas* de las características psicológicas, biológicas, sociales, materiales y demográficas de los individuos. Definitivamente, la elaboración de un marco de referencia para captar todo o incluso algo de lo anterior es un arduo trabajo. Sin embargo, ya se han emprendido algunos esfuerzos a este respecto.

Los determinantes de la salud mental de macro-nivel y de amplia cobertura, se miden, por ejemplo, mediante el Índice de Desarrollo Humano (HDI) que fue revisado en el 2000 por la ONU. El HDI fue elaborado como una medida de logro y se concentra tanto en los resultados humanos como en el desempeño económico de un país. El Índice de Desarrollo relacionado con el Género (GDI) y el Índice de Empoderamiento de Género (GEI) son otros ejemplos de indicadores nacionales de macro-nivel. Se aplican a la caracterización de algunos aspectos del desarrollo humano básico, ofreciendo un contexto apropiado para las medidas de la salud mental.

También hay medidas que intentan clasificar el nivel general de las alteraciones en la salud mental en individuos o documentar conductas específicas, tales como el suicidio. Por ejemplo, el Kessler-10 (K10) es un cuestionario auto-reportado que arroja una medida de las alteraciones psicológicas; el SF-36 es un indicador de alteraciones en la salud mental, clasificado por el entrevistador.

#### **¿Son útiles las tasas de suicidio, las lesiones auto-inflingidas y la ideación suicida como indicadores de alteración de la salud mental?**

Los profesionales y la comunidad no profesional consideran por igual el *suicidio* como un indicador indudable de alteración psicológica. Las tasas de suicidio se usan o recomiendan generalmente como un indicador de mortalidad de causa específica vinculado al estado psicológico y a la enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, como indicador, hay varias características que lo hacen problemático. La definición, variabilidad y peculiaridad del evento en términos de población, la naturaleza de su información y la complejidad de sus trayectorias causales hacen que las tasas de suicidio sean un mal indicador de los problemas de salud mental en la población.

Las tasas de mortalidad por suicidio ocultan la morbilidad más prevalente y potencialmente más modificable de lesiones auto inflingidas. La lesión auto inflingida es menos subjetiva que el término auto lesión intencional. Debido a la mayor prevalencia de lesiones auto inflingidas y sus vínculos con muchos determinantes comunes de alteración psicológica, tales como abuso de sustancias, depresión y violencia, así como su relación con el suicidio subsiguiente, el monitoreo de las tasas de lesión intencional en la población puede proporcionar una representación útil de la alteración de la salud mental.

Los temas acerca de la ideación suicida ofrecen otros medios para explorar directamente los problemas psicológicos. Sin embargo, se necesita aplicar una medida consistente de ideación suicida en los estudios de población para evaluar la sensibilidad y valor de dicha medida.

Los estudios de suicidio que examinan las circunstancias y contextos también identifican las motivaciones específicas locales y del entorno y los factores desencadenantes de la conducta suicida (Mitchell Weiss, comunicación personal). A ese respecto, el estudio de la conducta suicida puede identificar problemas de

salud mental específicos del entorno que son complementarios al subconjunto de problemas de salud mental que cumplen el criterio para trastornos psiquiátricos y que son considerados con más frecuencia para explicar el suicidio y su conducta relacionada. Debido a que es definitivamente un problema de salud mental, los contextos de suicidio son temas de especial interés para los profesionales de la salud mental y éstos son especialmente útiles como una guía para planificar la salud mental comunitaria en las diferentes culturas.

La información recopilada sobre los individuos incluye los determinantes demográficos, la exposición a eventos que causan estrés, el nivel de apoyo social y la calidad de vida. Los *determinantes demográficos*, tales como edad, sexo, nivel de educación, ingreso y empleo actual, son esenciales para caracterizar a las poblaciones y para proporcionar un contexto descriptivo que permita la implementación de la promoción de la salud mental. *Los eventos que causan estrés* están asociados con salud mental deficiente (Brown & Harris 1989) y han sido ampliamente estudiados en las ciencias sociales (Wethington, Brown & Kessler 1995). *El apoyo social* con frecuencia se conceptúa como una variable ambiental; sin embargo, la investigación demuestra que está influenciado por factores genéticos (Kendler 1997), correlacionado con la personalidad y es relativamente estable con el transcurrir del tiempo (Sarason, Sarason & Shearin 1986). Es digno de mencionar, que el apoyo social no está latente dentro del ambiente sino más bien que se mantiene recíprocamente a través de las acciones de los individuos. Su asociación con la salud y, más especialmente, con la salud mental positiva ha sido documentada en estudios longitudinales (Cederblad y otros, 1995). El apoyo social abarca tres dominios: la medida en que los individuos mantienen lazos afectivos con otros, la evaluación cognitiva que hace el individuo del apoyo y la respuesta de otros al apoyo brindado. Han emergido diferentes mecanismos de medición (Korkeila 2000) desde su larga historia de interés en las ciencias sociales. Los ejemplos son el Cuestionario de 27 ítems sobre Apoyo Emocional y la Encuesta sobre Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (MOS\_SSS). *Las medidas de calidad de vida* no solo miden la salud mental sino también contienen generalmente ítems y dominios que indagan directamente los aspectos de la salud mental.

## Evidencia de las intervenciones efectivas

Existe evidencia sobre la efectividad de una amplia gama de programas y políticas ejemplares de promoción para la salud. Sus resultados muestran que la promoción de la salud mental es una opción realista dentro de un enfoque de salud pública a lo largo de la vida y a través de entornos tales como la atención perinatal, escuelas, trabajo y comunidades locales. En muchos campos de la vida, las intervenciones bien diseñadas pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar de la población. Durante las últimas dos décadas, numerosos estudios sobre la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, han demostrado que dichos programas pueden ser efectivos y conducir a una mejor salud mental y a un mejor desarrollo social, económico y de la salud en general (Albee & Gulotta 1997; Durlak 1995; Price y otros, 1992; Price y otros, 1988; Hosman & Llopis 1999; Hosman, Llopis & Saxena 2004; Mrazek & Haggerty 1994). Las sinopsis de literatura de tópicos específicos han confirmado que los programas pueden ser efectivos para mejorar conductas, tales como la de abuso de menores (Hoefnagels 2004; MacMillan y otros, 1994a, 1994b), problemas de conducta (Reid y otros, 1999), la violencia y la agresión (Yoshikawa 1994), y el uso de sustancias (Gilvarry 2000; Anderson y otros, 1999), y en entornos diferentes, incluyendo escuelas (Greenberg y otros, 2001) y lugares de trabajo (Price & Kompier 2004). Igualmente, se han iniciado meta-análisis para evaluar la eficacia del programa en las áreas del consumo de drogas perjudiciales en niños y adolescentes , (Tobler 1992; Tobler y otros, 1999; Tobler y otros, 1997), salud mental para niños (Durlak y otros, 1997; Durlak & Wells 1998), intervenciones para infantes y niños hasta los seis años de edad (Brown y otros, 2000), la prevención del abuso sexual de menores (Davis & Gidycz 2000) y la prevención de la depresión (Jané-Llopis, Hosman & Jenkins 2003).

La siguiente revisión de los mejores ejemplos sobre promoción efectiva de salud mental está basada principalmente en evidencia extraída de pruebas controladas, incluyendo estudios cuasi experimentales y estudios que usan un diseño de series secuenciales. Cuando es apropiado, también se ha extraído evidencia de estudios observacionales y cualitativos. Esto es especialmente cierto para la evidencia que resulta de las

intervenciones en países de bajo ingreso donde por la escasez de recursos no se pueden realizar estudios controlados costosos. Los programas y políticas muestran la amplia variedad de estrategias para promover la salud mental en la población a través de sistemas de diferentes niveles y etapas de la vida. Aquí se presenta una breve descripción de una selección de estas políticas y programas; en el Informe completo se encuentran mayor número de ejemplos y más detallados. Para obtener una visión más amplia sobre programas basados en evidencia para prevenir enfermedades mentales y reducir el riesgo de problemas mentales, nos referimos a un volumen separado (Hosman, Llopis & Saxena 2004).

## **Macro intervenciones con el impacto sobre la salud mental: creando ambientes de apoyo e implementando políticas públicas**

### **Mejorando la nutrición**

Existe sólida evidencia que indica que al mejorar la nutrición y el desarrollo de los niños en desventaja socioeconómica, puede conducir a un desarrollo cognitivo saludable y a mejores repercusiones educativas, especialmente en aquellos que viven en comunidades empobrecidas. Los modelos de intervenciones más efectivas son potencialmente aquellos que combinan las intervenciones nutricionales (tales como suplementos alimenticios) con consejería sobre la atención psicosocial (por ej., afecto, escuchar con atención) (OMS, 1999). También se ha sugerido que estos modelos son de bajo costo (OMS 2002). Además, el iodo juega un papel clave en la prevención del retardo mental y físico y las dificultades en la capacidad de aprendizaje (OMS 2002). Los programas de suplementos de iodo garantizan que los niños obtengan niveles adecuados de iodo. Los esfuerzos globales tales como los que apoya el UNICEF han llevado a que el 70% de los hogares a nivel mundial usen sal yodada, lo cual protege a 91 millones de recién nacidos contra la deficiencia de iodo (informe del UNICEF 2002) e indirectamente previenen problemas relacionados con la salud mental y física.

### **Mejorando las condiciones habitacionales**

Las malas condiciones habitacionales se han utilizado como un indicador de pobreza y como un objetivo para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades en salud. Una reciente revisión sistemática sobre los efectos que una mejor vivienda ejerce sobre la salud (Thomson, Petticrew & Morrison 2001) sugiere un impacto prometedor en las repercusiones en la salud y la salud mental, incluyendo mejoras en la salud física y mental auto reportadas, percepciones sobre seguridad y reducción de la criminalidad, y participación social y comunitaria (refiérase también a la página 47).

### **Mejorando el acceso a la educación**

El bajo nivel de escolarización es un problema social importante en muchos países, especialmente en el sur de Asia y el África Subsahariana. El analfabetismo y los bajos niveles educativos tienden a ser más comunes en las mujeres. La falta de educación limita severamente la capacidad de los individuos de tener acceso a privilegios económicos. Aunque en la mayoría de los países se han producido ganancias impresionantes al mejorar la educación, a través de mejores programas educativos para los niños, el esfuerzo dirigido a los analfabetas adultos actuales es mucho menor. La investigación etnográfica en la India sugiere que los programas destinados a mejorar la alfabetización, en especial los que están dirigidos a los adultos, tienen efectos tangibles en la promoción de la salud mental (Cohen 2002). El impacto sobre la salud mental positiva fue mediado a través de diferentes rutas, incluyendo la adquisición de destrezas matemáticas lo que redujo el riesgo de ser objeto de engaño, produjo una mayor confianza en la expresión de los derechos propios y una disminución de las barreras para acceder a las oportunidades.

La evidencia también indica el éxito de las iniciativas que utilizan subsidios para reducir las diferencias de género en la educación (Banco Mundial 2000). Por ejemplo, en la primera evaluación del estipendio de una escuela establecida en Bangladesh en 1982, la matrícula de las niñas en escuela secundaria subió de 27% a 44% en el transcurso de cinco años, más del doble que el promedio nacional (Bellew & King 1993). Los estudios de evaluación en Pakistán han demostrado que un mayor acceso físico a la escuela, costos subsidiados y un diseño culturalmente apropiado pueden aumentar drásticamente la matrícula de las niñas en las escuelas (Banco Mundial 2000). Una mejor educación aumenta la capacidad cognitiva-intelectual en las

mujeres así como los prospectos de trabajo, y pudiera reducir la desigualdad social y los riesgos de desarrollar ciertos trastornos mentales, tal como la depresión.

### **Fortaleciendo las redes comunitarias**

Las intervenciones comunitarias se han concentrado en la elaboración de procesos de empoderamiento y la conformación de un sentido de pertenencia y responsabilidad social dentro de los miembros de la comunidad. Un ejemplo de una intervención comunitaria es el Programa "Communities that Care" (CTC) (Hawkins y otros, 2002), el cual ha sido implementado con éxito en cientos de comunidades en los Estados Unidos y actualmente está siendo adoptado y duplicado en Holanda, Inglaterra, Escocia, Gales y Australia. El CTC es una estrategia probada en el campo para alentar a las comunidades a implementar sistemas de prevención contra la violencia y la agresión en la comunidad (Hawkins y otros, 2002). La estrategia ayuda a las comunidades a utilizar datos locales para crear acciones que ocurran simultáneamente en diferentes niveles: la comunidad (por ej., movilización, medios de comunicación, cambios de políticas), la escuela (cambiando las estructuras de administración escolar o prácticas de enseñanza), la familia (por ej., estrategias de capacitación para padres) y el individuo (ej. estrategias para el desarrollo de destrezas sociales) (Hawkins y otros, 1997). La estrategia de CTC apoya a las comunidades en la selección e implementación de programas actuales basados en evidencia que encajan en el perfil de riesgo de su comunidad. Hasta la fecha, este sistema funcional solo ha sido evaluado en los EUA con diseños previos y posteriores y comparaciones con datos de línea base que abarcan alrededor de 40 comunidades en cada prueba de campo. Estos resultados han indicado mejoras en la conducta de los jóvenes, habilidades de los padres, y relaciones entre familia y comunidad; y disminución en los problemas escolares, cargos por uso de armas, robo, delitos relacionados con el uso de drogas y acusaciones por asalto.

### **Reduciendo el abuso de sustancias adictivas**

Existe evidencia convincente sobre el impacto negativo que el uso del alcohol, el tabaco y las drogas durante el embarazo, ejerce en la probabilidad de partos prematuros, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y problemas de desarrollo neurológico y cognitivo-emocional de los niños a largo plazo (por ejemplo, inteligencia inferior, ADHD, problemas de conducta, menor rendimiento escolar) y mortalidad perinatal (por ej., Brown & Sturgeon, 2004; Tuthill y otros, 1999). Los partos prematuros y el bajo peso al nacer son factores conocidos de riesgo que producen resultados adversos en la salud mental y trastornos psiquiátricos (Elgen, Sommerfelt & Markestad 2002). En general, el abuso de sustancias por parte de la madre, también está asociado con el hecho de que los hijos desarrollen adicción a sustancias en la adolescencia o adulterz temprana (Allen y otros, 1998). Los programas educativos que estimulan a las mujeres embarazadas a abstenerse o a reducir el uso de sustancias pueden por lo tanto, beneficiar la salud mental a largo plazo.

### **Interviniendo después de una catástrofe**

Las intervenciones psicológicas y sociales durante la fase de reconsolidación después de una catástrofe han sido recomendadas para mejorar la salud mental de las poblaciones afectadas y para prevenir psicopatologías (OMS 2003b). Estas intervenciones incluyen la disponibilidad de voluntarios en la comunidad, prestación de apoyo emocional, educación psicológica y alentar las formas positivas preexistentes para afrontar la situación.

### **Previniendo la violencia**

Los esfuerzos con base comunitaria para prevenir la violencia incluyen las campañas de educación pública, mejores infraestructuras urbanas y vigilancia comunitaria (OMS 2002a). Estos esfuerzos no solo previenen la violencia sino que también tienen efectos sobre la salud mental y el bienestar de la población afectada.

## **Meso y micro intervenciones para la promoción de la salud mental**

### **Las primeras etapas de la vida**

Durante las primeras etapas de la vida, el funcionamiento mental, social y físico es mayor que en cualquier otro período de la vida. Lo que sucede desde el nacimiento hasta la edad de tres años influye en la forma en

que se desarrolla el resto de la infancia y la adolescencia (UNICEF 2002). Un inicio saludable en la vida contribuye grandemente a un mejor desempeño posterior del niño en la escuela, con los compañeros, en las relaciones íntimas y con conexiones más amplias con la sociedad. Las principales dimensiones de un inicio saludable son el bienestar físico y psicológico, incluyendo estar libres de pobreza, violencia, conflictos armados, VIH-SIDA en la familia (UNICEF 2002), enfermedad física, dolencias, lesiones, abuso, abandono, exposición a drogas antes del nacimiento, desnutrición y menores probabilidades de un apego afectivo con la madre. El inicio de la vida influye sobre la probabilidad de presentar problemas posteriores de conducta, incluyendo oposición-rebelde, agresión y otros; timidez, distanciamiento, déficit de atención e hiperactividad, y aptitudes básicas para la escuela, incluyendo aptitudes verbales, sociales y de lenguaje.

Las políticas destinadas al bienestar de las familias, tales como las políticas que aminoran las dificultades económicas, políticas familiares cordiales en el lugar de trabajo o el acceso a la atención infantil, pueden conducir a un mejoramiento general de la salud física en niños y futuros adultos.

#### **Un estudio de caso sobre promoción de la salud: visitas al hogar**

La evidencia de las intervenciones mediante visitas al hogar durante el embarazo han mostrado repercusiones en la salud, sociales y económicas de gran importancia para la salud pública, incluyendo mejores resultados en la salud mental tanto para las madres como, a largo plazo, para los recién nacidos. Un ejemplo efectivo es el Programa Prenatal y de la Infancia mediante Visitas al Hogar (Olds 1998; Olds 2002), un programa de 25 años de investigación que ha intentado mejorar la salud temprana y el desarrollo de madres de bajo ingreso y sus hijos, al igual que sus futuras trayectorias mediante visitas al hogar realizadas por enfermeros durante el embarazo y la infancia.

El programa ha sido probado en dos diferentes pruebas aleatorias controladas a gran escala con diferentes poblaciones que viven en diferentes contextos. Ha tenido éxito en cuanto a que mejora la atención que brindan los padres a los hijos, lo que se refleja por la menor cantidad de lesiones e ingestiones que pudieran asociarse con abuso y abandono de menores; y cursos de supervivencia para las madres, lo que se refleja en la disminución de la cantidad de embarazos subsiguientes, mayor participación en la fuerza laboral y menor uso de la asistencia pública. En la primera prueba, el programa también produjo efectos a largo plazo sobre la cantidad de arrestos, condenas y uso emergente de sustancias, y actividad sexual promiscua en niños de 15 años de edad cuyas madres solteras, de bajos ingresos, recibieron visitas de las enfermeras cuando se registraron en el estudio durante el embarazo. Las familias mejoraron su condición financiera y los menores costos del gobierno relativos a dichas familias compensaron ampliamente el costo del programa.

Esta intervención ha sido repetida, con éxito comparable, en otras dos comunidades en los EUA, aunque se le han hecho adaptaciones importantes para abordar los factores de riesgo y de protección pertinentes. Recientemente, el programa también ha sido adoptado en algunos países de Europa.

Al diseminar, adoptar e implementar dichas intervenciones con visitas al hogar, se debe tener presente que algunos programas que utilizan enfermeros y trabajadores sociales no fueron efectivos (Villar 1992). Esto destaca la necesidad de identificar cuáles son los ingredientes activos en los programas efectivos. Este conocimiento se puede traducir en guías para desarrollar futuros programas de visitas al hogar.

#### **Intervenciones educativas y psicosociales para preescolares**

Existen muchos programas comunitarios para familias con niños pequeños, tales como programas de lectura para familias en bibliotecas, clínicas de detección de problemas de salud, programas de recreación organizada y programas televisivos que enseñan las habilidades de lectura y valores socioemocionales a niños de escuela primaria.

En los EUA, el Proyecto Preescolar Perry demostró efectos a muy largo plazo cuando se combinan las intervenciones preescolares de medio día con visitas semanales al hogar. Los niños en la intervención, quienes eran afro-americanos y provenían de ambientes empobrecidos, tuvieron un mejor desarrollo cognitivo, mejor rendimiento académico y finalización de estudios y presentaron menos problemas de conducta y arrestos. Se observó un beneficio significativo en arrestos de por vida (reducción de 40%) y arrestos repetidos

(una cantidad 7 veces menor) en jóvenes de 19 a 27 años (Schweinhart & Weikart 1997).

Las habilidades de habla y lenguaje de los niños nacidos en familias empobrecidas o familias de minorías, pueden con frecuencia desarrollarse a un ritmo menor en comparación con otros niños. Hay evidencia convincente que indica que las intervenciones tempranas que empiezan a la edad de dos años, que promueven habilidades básicas de lectura e involucran a los niños en conversaciones con sus padres utilizando libros con imágenes, mejoran las habilidades de lectura y facilitan la transición a la escuela (Valdez-Menchaca & Whitehurst 1992). Han surgido dudas con respecto a si las intervenciones realizadas en el hogar y los enfoques en la crianza representan un uso efectivo de los recursos. Las pocas evaluaciones de bajo costo emprendidas en esta área parecen prometedoras (Olds 1997). Más aún, las intervenciones que tienen un impacto simultáneo en la salud física y mental de los padres y sus bebés pudieran prolongar su impacto durante toda la vida de los niños e incluso entre generaciones.

#### **Reduciendo la violencia y mejorando el bienestar emocional en el entorno escolar**

Muchos países están comprometidos a tener sistemas universales de educación primaria. Aunque éste no es el caso en todos los países en desarrollo, la cifra de jóvenes que asisten a la escuela está en aumento.

Además de su rol central de fomentar el desarrollo académico, las escuelas desempeñan un rol importante en el desarrollo socioemocional y de la salud de los estudiantes (OMS 1997; Elias y otros, 1997; Weare 2000). A pesar de la variación en la cantidad de tiempo que los niños permanecen en la escuela, ésta es la institución principal para la socialización en muchas sociedades. Por esta razón, y debido a la conveniencia de realizar intervenciones en un entorno donde los jóvenes pasan gran parte de su tiempo, las escuelas se han convertido en uno de los entornos más importantes para las intervenciones en niños y jóvenes.

Para que los niños se desempeñen efectivamente, necesitan destrezas sociales y emocionales. También necesitan la seguridad que les permita usar esas destrezas en forma constructiva y las oportunidades para practicar sus destrezas, con el fin de ayudar a desarrollar un sentido de identidad. Este proceso con frecuencia se denomina “aprendizaje social y emocional” (Elias y otros, 1997). El sitio de Internet de la Colaboración para Aprendizaje Académico, Social y Emocional (CASEL –[www.casel.org/index](http://www.casel.org/index)) ofrece una fuente abundante de programas basados en evidencia para mejorar el aprendizaje socioemocional, así como materiales que se pueden bajar de Internet para apoyar la implementación de dichos programas en las comunidades, países y regiones.

#### **Intervenciones efectivas para la salud mental realizadas en las escuelas**

Existe amplia evidencia empírica que indica que el impartir programas universales a grupos de estudiantes puede producir resultados positivos en la salud mental. Se pueden identificar varios tipos de intervenciones en la escuela que logran una mejor capacidad y auto valoración, así como la disminución de los problemas emocionales y de conducta (Kellam 1994; Domitrovich y otros, 2004; Patton y otros, 2003; Greenberg y otros, 2001). Aunque algunas intervenciones consideran la escuela en un enfoque integrado, otras solo consideran una parte del sistema escolar (por ej., niños en un grado específico) o un grupo específico de estudiantes que se ha identificado como en riesgo de desarrollar problemas emocionales o de conducta.

Generalmente, los programas universales realizados en las escuelas se han concentrado en una variedad de factores genéricos de riesgo y problemas de salud mental, tales como fracaso académico, agresión e intimidación por compañeros, y han demostrado mejor capacidad individual y resiliencia, así como una disminución de los síntomas depresivos (Felner y otros, 1993; Kellam y otros, 1994; Greenberg & Kusche 1998).

A medida que los estudiantes alcanzan más edad y se enfrentan a nuevos retos, tales como presión de los compañeros para que participen en conductas delictivas o uso de sustancias, las destrezas sociales-emocionales se tornan especialmente importantes para mantener la salud y el desarrollo positivo. Los programas realizados en las escuelas y que están dirigidos a formar capacidades en estudiantes de escuelas medias y secundarias, a menudo se utilizan tanto en los programas para la promoción de la salud mental como en la prevención del abuso de sustancias, especialmente cuando la capacidad de resolución de problemas está dirigida a abordar estos temas. El Programa de Desarrollo de Jóvenes Positivos (PYD) es un ejemplo de un programa basado en la escuela que se concentra en este tipo de desarrollo de

capacidades en el estudiante (Caplan y otros, 1992). El plan de estudios promueve la capacidad social en general y el desarrollo de habilidades que permita que los jóvenes rechacen el alcohol y las drogas, y se ha demostrado que produce mejoras significativas en las habilidades del estudiante y en las calificaciones indicadas por el maestro en relación con su ajuste social.

#### ***Cambiando la ecología escolar***

Un ambiente psicosocial positivo en la escuela (“escuelas cordiales para niños”) puede afectar en forma positiva la salud mental y el bienestar de los jóvenes (OMS 2003c). Los componentes de un ambiente psicosocial positivo en la escuela incluye el proporcionar una atmósfera amistosa, gratificante y de apoyo; respaldando la cooperación y el aprendizaje activo; y prohibiendo el castigo físico y la violencia.

#### ***Programas de componentes múltiples***

Los programas que se enfocan simultáneamente en diferentes niveles, tales como cambiar la ecología escolar así como mejorar las destrezas individuales, son más efectivos que aquellos que solo intervienen sobre un nivel. Algunos ejemplos de programas efectivos de componentes múltiples incluyen el programa “Vinculando los intereses de Familias y Maestros (LIFT), el cual demostró una reducción en la agresión de los estudiantes, especialmente en aquellos que están en mayor riesgo (Reid y otros, 1999); y el Proyecto Seattle de Desarrollo Social de secuencias evolutivas (Hawkins y otros, 1992), el cual aborda múltiples factores de riesgo y protección en el individuo, la escuela y la familia, durante una intervención de seis años, llevando a un apego significativamente más fuerte a la escuela, mejoras en el logro auto reportado y disminución del mal comportamiento en la escuela (Hawkins, Von Cleve & Catalano 1991).

### **La población adulta**

#### ***Reduciendo la tensión causada por el desempleo***

La necesidad de reducir los gastos económicos y la pérdida de empleo pueden causar graves problemas en la salud mental. En una muestra de madres estadounidenses que no trabajan, viven en condiciones de pobreza y reciben seguridad social, estos factores fueron asociados con repercusiones negativas en la habilidad cognitiva y la conducta en niños, salud mental inferior en la madre, menos apoyo social y mayor uso de estrategias de evasión para afrontar los problemas (Brooks-Gunn y otros, 2001). Se recomienda que se realicen e implementen modificaciones en el trabajo con el objetivo de sacar a las mujeres pobres de los trabajos mal remunerados hacia trabajos que les permitan ser económicamente autosuficientes durante un período prolongado. Las prioridades incluyen brindarles un salario de sustento, educación superior o universitaria y capacitación en el trabajo (O'Campo 1998).

Igualmente, la consejería o capacitación en la búsqueda de trabajo para grupos desempleados de bajo ingreso puede ser una estrategia efectiva para fortalecer su capacidad de afrontar el desempleo y para reducir las repercusiones negativas que tiene el desempleo sobre la salud mental. El Programa JOBS (Caplan y otros, 1989; Caplan y otros, 1997), por ejemplo, ha demostrado tener efectos positivos sobre las tasas de reempleo, la calidad y remuneración de los trabajos obtenidos, y la auto eficacia y dominio en la búsqueda de empleo, así como una reducción en la depresión y problemas mentales. El Programa JOBS ha sido exitosamente disseminado a nivel internacional en la República Popular China, Finlandia y los EUA (Price y otros, 1998), y actualmente se está implementando en Irlanda.

#### ***Programas para la prevención del estrés en los lugares de trabajo***

Existe evidencia que sugiere que las características del trabajo pueden causar o contribuir a los problemas de salud mental (por ej., desgaste, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño), trastornos gastrointestinales, enfermedad cardiovascular y enfermedad musculoesquelética, y produce una carga social y económica a los servicios humanos y de salud (Price & Kompier 2004). Las intervenciones para reducir el estrés laboral pueden estar dirigidas a la capacidad de los empleados para afrontar problemas o al ambiente de trabajo. La capacitación en manejo del estrés, técnicas de inoculación contra estrés, métodos de relajación y la capacitación en destrezas sociales y adaptación, pueden ayudar a desarrollar la capacidad para afrontar el estrés. Varios meta-estudios muestran que

dichos métodos son efectivos para prevenir consecuencias adversas en la salud mental en ambientes de trabajo (Murphy 1996; Van der Klink y otros, 2001). Las intervenciones para reducir los factores de estrés en el ambiente de trabajo incluyen intervenciones de tarea y técnicas (por ej., mejor diseño de la cantidad y tiempo de trabajo, mejoras ergonómicas, reducción del ruido); intervenciones dirigidas a mejorar la definición del rol, manejo de conflictos y relaciones sociales; e intervenciones que combinan intervenciones dirigidas al trabajo y dirigidas a la persona. Estas intervenciones sociales pueden causar – pero no garantizar – efectos positivos (Semmer 2003).

### **Mejorando la salud mental de los ancianos**

En el año 2000 había en el mundo más de 600 millones de personas con más de 60 años de edad. Se espera que esta cifra aumente en 70% en los próximos 20 años. Este rápido aumento en el número de ancianos en las poblaciones trae un aumento de los problemas físicos y mentales relacionados con la edad, incluyendo un mayor riesgo de demencia (Levkov y otros 1995) y enfermedades crónicas relacionadas con la edad, y disminución del bienestar general y calidad de vida. Diferentes tipos de intervenciones universales han tenido éxito en mejorar la salud mental de las poblaciones de ancianos. Estas intervenciones exitosas incluyen intervenciones con apoyo social y empoderamiento comunitario e intervenciones que promueven estilos de vida saludables (JanéLlopis, Hosman & Copeland 2004). Dichos programas incluyen intervenciones con ejercicio, proporcionar prótesis auditivas y un programa para entablar amistades (refiérase al cuadro).

#### **Estudios de caso sobre promoción de la salud mental: los ancianos**

##### **Entablar amistades**

Durante las últimas dos décadas, diferentes estudios han encontrado evidencia relacionada con la importancia de la amistad para el bienestar de los ancianos, especialmente para mujeres ancianas (por ej., Armstrong & Goldsteen 1990). Las relaciones amistosas pueden tener muchas funciones, tales como brindar compañerismo, placer y apoyo en situaciones que resultan problemáticas y estresantes, y el mantenimiento de la identidad y propósito. "Entablar amistades" es una estrategia ampliamente utilizada para aumentar el apoyo social y reducir la soledad y la depresión en los ancianos. Un programa de entablar amistades dirigido a ancianas, que consistía en 12 sesiones de grupo y estaba basado en las teorías de apoyo social, amistad y auto ayuda, demostró una reducción significativa en lo que a soledad se refiere (Stevens & van Tilburg 2000).

##### **Proporcionar prótesis auditivas**

Un conjunto de intervenciones en clínicas de atención primaria evaluaron si las prótesis auditivas podían mejorar la calidad de vida de los ancianos con pérdida auditiva (Murlow y otros, 1990). La evaluación mostró mejoras significativas en el funcionamiento emocional y social, la comunicación, cognición y reducción de la depresión en aquellas personas que recibieron una prótesis auditiva en comparación con aquellas que no la recibieron.

### **Avanzando en todos los países y entornos**

Los diseñadores de políticas, proveedores de servicios, autoridades locales y profesionales de la salud necesitan aprovechar plenamente las intervenciones que han sido elaboradas, implementadas y probadas en otros lugares. Sin embargo, la recuperación del conocimiento científico pertinente extraído de un número creciente de publicaciones sobre intervenciones basadas en evidencia, consume demasiado tiempo.

Especialmente en los países de bajos ingresos, el acceso a los libros y publicaciones científicas es un grave problema. Varias organizaciones han elaborado o están actualmente elaborando bases de datos que sean accesibles a nivel internacional, sobre programas de prevención y promoción de la salud, basados en evidencia, incluyendo aquellos que se concentran en los temas de salud mental. Ejemplos de dichas bases de datos son aquellas proporcionadas por los Centros de EUA para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la biblioteca Cochrane, CASEL, la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (SAMHSA) y la base de datos sobre la implementación de la Acción para la Promoción de la Salud Mental (IMHPA) elaborada por el Centro Nijmegen de Investigación sobre Prevención en relación con la Unión Europea y la OMS.

Sin embargo, la evidencia emergente es limitada en el sentido de que generalmente está basada solamente en uno o dos estudios bien diseñados de resultados y la mayoría han sido realizados en países de alto ingreso. Recientemente ha emergido una nueva generación de estudios que tienen el propósito de comparar resultados de un programa o políticas a través de los países o culturas. Todavía tenemos muy poco conocimiento sobre la solidez de los hallazgos en los diferentes sitios y su sensibilidad a las circunstancias culturales y económicas. Esto es un grave problema en el contexto de los muchos esfuerzos recientes para diseminar las "mejores prácticas" o "programas modelo" en las comunidades, países y regiones. Necesitamos ser cautelosos al suponer que un programa que funciona en un lugar volverá a funcionar cuando se implemente en diferentes comunidades bajo diferentes circunstancias. Las iniciativas para diseminar prácticas efectivas o prometedoras y para estimular su adopción e implementación en otros sitios, se deben combinar con los esfuerzos para realizar nuevos estudios de resultados y para elaborar una política que apoye la investigación.

La elaboración de la base de evidencia para la promoción de la salud mental como un todo, así como para programas individuales, es un asunto incremental. No es un enfoque realista esperar que cada país, provincia o distrito tenga la disposición política y los medios para llevar a cabo una variedad de estudios controlados de resultados para cada intervención que implementen. Especialmente, en los países de bajo ingreso, la falta de recursos presiona a las autoridades y a los profesionales de la salud a tomar decisiones sobre oportunidades para promover la salud mental con una mínima evidencia científica. Esto destaca la necesidad de estudiar no solamente los resultados de los programas, sino también sus mecanismos de funcionamiento, principios y moderadores de efecto. Dicho conocimiento y su traslado a guías, puede apoyar a los diseñadores de políticas y programas y al profesional de la salud en la adaptación de programas y políticas a las necesidades, recursos y cultura local (reinvención) y aumentar la probabilidad de que estas intervenciones sean efectivas. También subraya la necesidad de utilizar el espectro completo de las metodologías de investigación, incluyendo estudios cualitativos menos costosos, conformar una base de evidencia en forma incremental que tenga validez para el país o la comunidad en cuestión.

## **Promoción efectiva para la promoción de la salud mental en países de bajo ingreso**

---

La salud mental está inseparablemente vinculada con el desarrollo humano, debido tanto a que los determinantes sociales como económicos del desarrollo humano están muy asociados con la salud mental y a que una salud mental deficiente comprometerá la longevidad, salud general y creatividad. Los factores que influyen en el desarrollo humano son aquellos que influyen en la salud mental y es muy probable que exista una relación dinámica entre desarrollo humano y salud mental (Patel 2001).

Un reto decisivo para la promoción de la salud mental en entornos donde la infraestructura no está bien desarrollada, donde los recursos humanos y materiales son escasos y donde el respeto por los derechos humanos no se puede dar por hecho, es que muchos de los cambios necesarios para mejorar la salud mental son mucho más difíciles de alcanzar que algunos que se pudieran considerar en forma inmediata dentro del ámbito de la práctica de promoción para la salud mental. Los programas analizados aquí se enfocan en tres áreas de acción: abogacía, empoderamiento y apoyo social.

### **Abogacía**

La abogacía está dirigida a generar la demanda de salud mental en el público en general y a persuadir a todas las partes interesadas a que asignen un alto valor a la salud mental. Un ejemplo es la abogacía relacionada con los efectos del abuso de alcohol sobre la salud mental.

El estudio Carga Global de Enfermedad mostró que el abuso de alcohol es una de las principales causas de desintegración social y familiar, y de morbilidad y mortalidad, especialmente en los hombres de países en vías de desarrollo. Hay una creciente concientización sobre la epidemia de los trastornos por abuso de alcohol, particularmente en América Latina, Europa Oriental y el Sur de Asia (Pyne, Claeson & Correia 2002; Patel 1998). En India, la escala de los problemas sociales relacionados con el abuso de alcohol ha elevado el

problema a un asunto político: en los últimos años, éste ha sido el tema de discusión de todas las elecciones que han sido disputadas y ganadas (Patel 1998).

Un enfoque de base comunitaria para combatir el alcoholismo y promover la salud mental de las familias en las áreas rurales de India comenzó con la investigación participativa para calcular la carga y el impacto del abuso de alcohol en la comunidad (Bang & Bang 1991). La investigación demostró la enorme carga del problema e identificó una serie de estrategias claves de prevención y promoción. Éstas incluyeron la educación y toma de conciencia, acciones contra los hombres en estado de embriaguez, abogacía con los políticos para limitar la venta y distribución del alcohol en bares y tiendas y promesas masivas de abstinencia. El programa fue implementado a través de un movimiento comunitario de la aldea conducido por jóvenes, mujeres e integrantes del grupo del movimiento *Daramukti Sangathan* (Liberación del Licor). El programa ha producido una marcada reducción en el número de puntos de venta de licor en el área y a una reducción del 60% en el consumo de alcohol. Como consecuencia, hay ahora más dinero para comida, vestido y asistencia social y una disminución de la violencia doméstica (Bang & Bang 1995).

Se realizó en Yunnan, China, una prueba cotejada no ciega basada en la comunidad para investigar la efectividad de una intervención multifacética en la comunidad dirigida a prevenir el abuso de drogas en los jóvenes. El programa, al igual que uno en la India, involucraba a muchos sectores y líderes comunitarios y enfatizaba la participación y acción comunitaria, la educación en las escuelas, el incremento de la alfabetización y oportunidades de empleo. Esto produjo una reducción considerable en la incidencia del abuso de drogas y una marcada mejoría en el conocimiento y actitudes hacia el VIH/SIDA y el uso de drogas (Wu y otros, 2002).

### **Empoderamiento**

El empoderamiento es el proceso mediante el cual los grupos en una comunidad que tradicionalmente han estado en desventaja, al punto en que peligra su salud, pueden superar esas barreras y pueden ejercer todos los derechos que le son propios, con miras a una vida plena e igualdad en las mejores condiciones de salud. Un ejemplo de programas de empoderamiento que han tenido un impacto en la salud mental son los planes de micro-crédito para amortiguar las deudas.

En muchos países en desarrollo, las deudas contraídas con usureros y la consecuente incertidumbre económica es una fuente de gran estrés y preocupación. Estas vulnerabilidades surgen debido a la falta de sectores de banca formal que puedan extender préstamos a corto plazo a las personas más pobres en la comunidad, quienes a menudo carecen del conocimiento o la solvencia que son esenciales para acceder a préstamos. Dichas incertidumbres son exacerbadas en el caso de agricultores a pequeña escala quienes dependen de las lluvias estacionales para la agricultura y enfrentan la creciente competencia con compañías grandes, transnacionales. El hecho de que no caigan las lluvias monsónicas de la estación, combinado con la competencia, ha sido identificado como una de las principales razones que llevan a contraer deudas en la India, y el estrés asociado ha sido la causa de cientos de suicidios en los últimos años (Sundar 1999).

La vulnerabilidad económica de los agricultores en los países en desarrollo sugiere el potencial para la promoción de la salud mental, examinando el proceso por el cual los bancos locales evalúan la solvencia de las personas que pertenecen a los sectores más pobres de la sociedad. Los bancos comunitarios radicales y entidades de crédito – tales como aquellos que son operados por SEWA en India y el Banco Grameen en Bangladesh – han participado en el establecimiento de entidades de préstamos en áreas donde anteriormente no existían y están otorgando préstamos a los pobres que antes no tenían acceso a dichas facilidades y servicios.

Hay evidencia disponible sobre la capacidad de dichos bancos para promover la salud mental. Las actividades del Comité de Avance Rural en Bangladesh (BRAC) abarcan los programas de servicio de atención médica, educación y desarrollo rural. Estos programas se implementan al nivel de aldeas individuales, a través de Organizaciones de Aldeas (VO) que incluyen a los miembros más pobres de cada comunidad. Las principales actividades están dirigidas a crear entendimiento, conciencia y ahorros obligatorios. Una vez que se establece, los miembros de las Organizaciones de Aldeas pueden tener acceso al crédito para los esquemas

de generación de ingreso. BRAC ha llevado a cabo evaluaciones de algunos de sus programas en diferentes entornos. Los datos utilizados para la evaluación provienen de encuestas de línea base, estacionales y etnográficas, así como de la vigilancia demográfica. Estos datos muestran que los miembros de BRAC tienen mejores condiciones nutricionales, mejor supervivencia infantil, mayor rendimiento educativo, menores tasas de violencia doméstica y mejor “bienestar” y salud psicológica (Chowdury & Bhuiya 2001).

El empoderamiento de las mujeres y la prevención de la violencia en la comunidad son el punto central de otros programas y políticas que tienen influencia sobre la salud (refiérase al cuadro).

#### **El empoderamiento de las mujeres y su impacto sobre la salud mental**

Considerando que el “sexo” es un término utilizado para distinguir los hombres y las mujeres sobre la base de características biológicas, “género” se refiere a los rasgos distintivos que están construidos socialmente. El género es un elemento crucial en las desigualdades de la salud en los países en desarrollo. El género influye en el control que los hombres y mujeres ejercen sobre los determinantes de su salud, incluyendo su posición económica, estatus social, acceso a los recursos y tratamiento en sociedad. Por tanto, el género puede ser visto como un poderoso determinante social de salud que interactúa con otros determinantes, tales como edad, estructura familiar, ingreso, educación y apoyo social (OMS 2000a). Se ha reconocido e incorporado el rol del género en la salud pública de los países en desarrollo; por lo tanto, el género es un componente medular de los principales programas de salud dirigidos a la salud de niños y adolescentes, salud reproductiva y atención primaria de la salud.

Se ha demostrado el rol del género para explicar el exceso de morbilidad de los trastornos mentales comunes en las mujeres, en una serie de estudios realizados en países en desarrollo (Broadhead y otros, en prensa; Patel, Rodrigues & De Souza 2002). Estos estudios han mostrado que el elevado riesgo de la depresión es por lo menos en parte resultado de las actitudes negativas hacia las mujeres, la falta de reconocimiento de su trabajo, menores oportunidades para ellas en educación y empleo y mayor riesgo de violencia doméstica (OMS 2000a).

Aunque el vínculo entre violencia doméstica y los problemas de salud ha sido firmemente establecido en muchos estudios (OMS 2000a; Heise, Ellsberg & Gottemoeller 1999), no ha habido evaluaciones sistemáticas del impacto que sobre la salud mental ejercen los programas de reducción de la violencia que se están implementando en muchos países en desarrollo. Dichos programas funcionan en diferentes niveles, incluyendo la sensibilización de los trabajadores de la salud de modo que se sientan seguros y cómodos al preguntarles sobre abuso, integración de la educación sobre la violencia a los programas de salud existentes y estrategias de comunicación (tales como telenovelas), posibilitando modificaciones legales para garantizar los derechos de las mujeres abusadas, subiendo el costo a los abusadores imponiéndoles una variedad de multas, disposiciones para las necesidades de las víctimas y establecer contacto con los perpetradores masculinos (Heise, Ellsberg & Gottemoeller 1999). Los enfoques que se concentran en el fortalecimiento de las relaciones íntimas, uno de los contextos más comunes para la violencia, incluyen capacitación en la crianza de los hijos, orientación y consejería matrimonial. Algunos de estos, tales como el programa Stepping Stones han demostrado en evaluaciones cualitativas en entornos africanos y asiáticos, haber ayudado a que los hombres se comuniquen y desarrolle un nuevo respeto por las mujeres (citado en OMS 2002a). Muchos programas han demostrado ser efectivos en los resultados primarios de reducción de la violencia y, considerando los vínculos entre violencia doméstica y trastornos mentales comunes en las mujeres, es muy probable que dichos programas también ejerzan un poderoso impacto sobre la salud mental.

#### **Apoyo social**

Las estrategias de apoyo social están dirigidas a fortalecer las organizaciones comunitarias para alentar estilos de vida saludables y promover la salud mental. Las alianzas intersectoriales demuestran su efectividad. Un ejemplo de esto es la promoción de la salud mental maternal. Se ha observado que las mujeres embarazadas que tienen una salud mental deficiente ponen en peligro sus vidas y el desarrollo de los bebés (OMS 2000a; Broadhead y otros, en prensa). Las intervenciones para mejorar la salud de la madre mejorarán las relaciones entre madre e hijo y las consecuencias para el hijo. Por ejemplo, una prueba realizada en Zambia mostró que las madres que recibieron intervenciones con apoyo y consejería estuvieron más

involucradas en resolver los problemas de salud de sus bebés, lo que es un indicador de empoderamiento maternal (Heise 1999). Los programas de mujer a mujer en Perú también han demostrado un aumento en la autoestima maternal (Broadhead y otros, en prensa).

La promoción del desarrollo infantil en medio de la adversidad ha recibido atención en una reciente revisión realizada por la OMS (OMS 1999). Las intervenciones nutricionales y educativas demostraron un mejor desarrollo psicosocial en las poblaciones en desventaja. Las intervenciones que combinaron los componentes nutricionales y psicosociales (tales como estimulación de los padres) tuvieron el mayor impacto. Los programas a escala total que incluyen ambos componentes, han sido implementados en algunos de los países más pobres del mundo. Sin embargo, a pesar de los hallazgos favorables, es importante reconocer que los niños que están en desventaja nutricional y socioeconómica nunca se nivelaron completamente con los niños privilegiados o bien nutridos. Existe la necesidad de elaborar y probar modelos de intervenciones combinadas que puedan llegar a una mayor proporción de niños y evaluar el impacto que dichas intervenciones enfocadas en los niños tienen sobre la salud mental y física del adulto.

La educación de las habilidades de supervivencia es un modelo de promoción de la salud que busca enseñarles a los adolescentes a afrontar en forma efectiva las exigencias y retos de la vida diaria (OMS 1997). Estas habilidades incluyen la toma de decisiones, resolución de problemas, pensamiento creativo y crítico, destrezas interpersonales y de comunicación efectiva, auto concientización y capacidad para hacer frente a las emociones y al estrés. Las habilidades de supervivencia se distinguen de otras habilidades importantes que adquieren los niños a medida que crecen, tales como habilidad numérica, lectura y habilidades prácticas de subsistencia. Hasta la fecha, existe evidencia enteramente proveniente de estudios en países desarrollados, que indica que la educación de habilidades de subsistencia es efectiva para la prevención del uso de sustancias, embarazo en adolescentes e intimidación por compañeros y mejora el rendimiento académico y la asistencia escolar; además es efectiva para la promoción de conductas dirigidas a mejorar el bienestar y la salud mental (OMS 1997). Actualmente este modelo se está propugnando, probando en el campo e implementando en diferentes países en desarrollo.

#### **Envejecimiento y salud mental: ¿a quién le importa?**

Para 1990, una mayoría (58% de la población mundial con 60 años o más estaban viviendo en países en desarrollo. Para el 2020 se espera que esta proporción haya aumentado a 67%. Durante estos 30 años, la cifra de este sector de más edad de la población habrá aumentado en 200% en los países en desarrollo en comparación con un 68% en los países desarrollados (Murray & Lopez 1996). Esta transición demográfica no solo estará acompañada de crecimiento económico e industrialización, sino también de profundos cambios en la organización social y vida familiar. Para las personas de más edad al igual que para los jóvenes, las condiciones de salud mental son una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura. Los ancianos enfrentan una triple carga en los países en desarrollo: una marea ascendente de trastornos no transmisibles y degenerativos asociados con el envejecimiento, disminución en los niveles de sistemas de apoyo familiar y falta de sistemas adecuados de seguridad social (Patel & Prince 2001).

Un libro reciente ha documentado una amplia gama de programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los ancianos en países en desarrollo (Tout 1989). Los tipos más comunes de programas, incluyen alguna forma de generación de ingreso. Esto posibilita un nivel de independencia en las sociedades donde las pensiones y los planes gubernamentales para los ancianos no son accesibles. En India, HelpAge India ha iniciado programas dirigidos a reclutar niños y jóvenes para que brinden cuidado y atención a ancianos físicamente enfermos. CEWA (Centro para el Bienestar de las Personas de Edad) ha establecido centros diurnos en los cuales los ancianos pueden pasar tiempo y reducir su aislamiento social. En Corea del Sur, se organizan eventos sociales para facilitar presentaciones formales entre ancianos de ambos sexos. La disminución de las discapacidades físicas, tales como el impedimento visual, y la rehabilitación se han implementado en muchos países. El Plan Buenos Vecinos implementado en Malta incluye la identificación de vecindarios para visitar a ancianos solitarios con el objetivo de brindarles apoyo social y ayuda práctica. Todos estos ejemplos destacan tres factores de riesgo para los problemas de salud mental en los ancianos – dificultades económicas, aislamiento social y salud física deficiente – y todos probablemente tengan un impacto sobre la salud mental.

Las personas interesadas en promover la salud mental en países de bajo ingreso necesitan considerar hasta qué punto el mismo concepto de “promoción de la salud mental” puede implicar un conjunto de actitudes y presunciones que no son creencias universales. Los programas para la promoción de la salud, entremezclados con las presunciones fundamentales acerca de cómo las personas pueden y deben vivir sus vidas, puede ser acusado de desarrollar estrategias de imperialismo cultural o biomédico. Es importante responder a esta posible crítica siendo reflexivos acerca de las actividades, pero también es importante evitar una forma de relativismo radical para desempoderar y disuadir la exploración de lo que sabemos sobre otros contextos que son buenos para la salud mental.

## **Generación de la evidencia sobre la efectividad y rentabilidad**

---

### **La necesidad de la evaluación de políticas**

La evidencia actualmente disponible sobre los efectos en la salud como resultado de las políticas del gobierno es muy irregular. En resumen, existe buena evidencia para algunas intervenciones, en particular para las intervenciones a nivel individual, pero no así para las otras. Esto se muestra mejor a través de una reciente y extensa revisión (CRD 2000) la cual estaba dirigida a sintetizar la evidencia sobre intervenciones de políticas que abordaban directamente las necesidades de salud mental o que estaban dirigidas a abordar factores estrechamente asociados con salud mental deficiente; esta última categoría incluyó a personas desempleadas, indigentes y de bajos ingresos. Las intervenciones para las que hubo evidencia de efectividad incluyeron apoyo social brindado en el hogar para mujeres embarazadas en alto riesgo de depresión, y apoyo social y capacitación en resolución de problemas o habilidades cognitivas-conductuales para personas desempleadas. Algunas intervenciones parecieron ser perjudiciales, incluyendo el interrogatorio psicológico posterior al trauma. Otras intervenciones parecieron ser efectivas al abordar determinantes de la salud mental deficiente, en lugar de la salud mental deficiente en sí ofreciendo intervenciones de apoyo sobre educación, empleo, beneficencia u otras. Los centros de atención preescolar parecen ser beneficiosos, ya que aumentan las probabilidades de tener empleos bien remunerados en la vida adulta y por tanto, reducen el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. También se identificaron muchas intervenciones efectivas que estaban dirigidas a combatir el abuso de alcohol y droga.

Hay muchas intervenciones de políticas plausibles que se puede esperar que afecten directa o indirectamente la salud mental, pero para las cuales no parece haber evidencia convincente. Quizás lo más importante de estas intervenciones plausibles es el complemento en el ingreso. La salud mental deficiente está consistentemente asociada con pobreza y privación, y pudiera esperarse que al aumentar el ingreso de los más pobres de la sociedad mejoraría la salud mental y física. Sin embargo, aún no parece haber suficiente evidencia sobre el efecto positivo que el aumento de ingreso tiene en la salud mental y física. En referencia a los estudios sobre el complemento de ingreso que no han evaluado el impacto en la salud, los autores de la revisión se lamentan de que fue “una oportunidad perdida”. La misma frase puede aplicarse a la evaluación de muchas otras intervenciones sociales.

Esta “ausencia de evidencia” no se debe confundir con “evidencia de ausencia”. Las intervenciones plausibles se pueden aplicar en la ausencia de evaluaciones de resultados, basadas, por ejemplo, en investigación etiológica observacional; sin embargo, este ejemplo sí muestra nuevamente la necesidad de fomentar la investigación evaluativa de la salud mental y otros resultados de políticas. La investigación evaluativa de esta clase, sobre las consecuencias en la salud mental que resultan de las intervenciones conductuales, organizacionales, psicológicas o de políticas, todavía es relativamente inusual en muchos países. Además, todavía no existen datos económicos importantes sobre los costos y beneficios relativos de estas intervenciones.

### **Dificultades con la investigación evaluativa**

Se han sugerido cinco razones para la ausencia de evaluaciones de los impactos de las políticas sobre la salud mental. Primero, la ventana de oportunidades en el diseño de políticas es pequeña, lo que deja muy

poco tiempo para elaborar evaluaciones de resultados complejos que requieren períodos muy largos de acción; en segundo lugar, los ambientes de las políticas cambian rápidamente y los datos se vuelven obsoletos; tercero, las evaluaciones experimentales con frecuencia no responden adecuadamente a las preguntas sobre políticas; cuarto, los efectos son a menudo pequeños y ampliamente distribuidos, lo que significa que se requieren grandes muestras y grandes unidades de aleatoriedad, y, finalmente, el financiamiento para este tipo de investigación evaluativa es limitado (Sturm 1999). Aunque muchos de estos obstáculos se pueden superar (y algunas veces ha sucedido), es razonable sugerir como lo hace Sturm, que todavía existe un rol valioso para estudios de observación longitudinales que pueden brindar información para las políticas de salud mental al proporcionar datos sobre el monitoreo de la salud mental. La necesidad de evaluaciones más sólidas de los resultados no impide, por lo tanto, el aporte que pueden realizar los datos observacionales a los determinantes e indicadores de la salud mental (Herman 2001).

Los diseñadores de políticas exigen mejor evidencia de los efectos de las intervenciones a niveles iniciales, tales como políticas. Sin embargo, hay problemas específicos con la recopilación de dicha evidencia, ya que por razones prácticas o políticas, muchos de los principales determinantes sociales de la salud mental y física no son sensibles a la aleatoriedad. Los ejemplos incluyen nuevas carreteras, nuevas viviendas y regeneración basada en el área, todos los cuales tienen en teoría un efecto sobre la salud mental. Recientemente, los investigadores en el campo de las desigualdades de la salud han recomendado que se debe hacer un mayor uso de los experimentos "naturales" (por ej., cambios en las oportunidades de empleo, otorgamiento de vivienda u otras iniciativas de políticas) como oportunidades para estimar los impactos que las políticas del sector no relacionado con la salud ejercen sobre la salud. Existe un claro potencial para que la salud mental positiva sea promovida a través de políticas no relacionadas con la salud, y las evaluaciones de los efectos "secundarios" de dichas políticas harán una importante contribución a la base de evidencia de la salud mental.

### **Un ejemplo: vivienda y salud mental**

Existe cierta evidencia de investigación evaluativa que sugiere que el mejoramiento de las condiciones de la vivienda mejora la salud mental. Al igual que con el empleo, ya hay buena evidencia de asociación, en este caso implicando un mal ambiente de vivienda con salud deficiente, pero hay relativamente pocas evaluaciones sobre los impactos reales que las políticas de vivienda ejercen sobre la salud. Por ejemplo, una reciente revisión sistemática de la literatura identificó solamente 18 estudios que habían monitoreado ganancias en la salud después de una importante mejora de las condiciones de la vivienda (Thomson, Petticrew & Morrison 2001). Los estudios en sí fueron diferentes en términos de muestra de población, ubicación y tipo de mejora de la vivienda (por ej., variaban desde la instalación de calefacción central hasta el reacondicionamiento total y mejoras relacionadas con el vecindario) y las medidas de los resultados variaron ampliamente. Sin embargo, emergió evidencia de un impacto consistentemente positivo sobre la salud mental. En un estudio prospectivo controlado de gran alcance, el grado en que mejoraba la salud mental estaba directamente relacionado con la medida de las mejoras en las condiciones de la vivienda, demostrando una relación entre dosis y respuesta. Este patrón consistente de mejoras en la salud mental sugiere que, por lo menos en los países de alto ingreso, las mejoras en las condiciones habitacionales sí generan ganancias para la salud mental.

Una serie de factores relacionados con la vivienda han sido vinculados con variaciones en la salud mental, más notablemente en la tenencia de la vivienda, diseño de la vivienda, mudanza y características del vecindario (Allen 2000). La reubicación de la vivienda también se ha relacionado con pérdida de comunidad, desarraigo de redes sociales y una aspiración social insatisfecha, todo lo cual puede menoscabar la salud mental y física.

### **Evaluaciones del impacto sobre la salud mental**

Es claro que aunque las políticas dirigidas a mejorar la vivienda pública pueden tener efectos positivos sobre la salud mental, hay también un considerable potencial de impactos negativos que sugiere nuevamente la necesidad de monitorear y evaluar las ganancias reales (y pérdidas) en la salud causadas por cambios importantes a la vivienda u otras políticas sociales. La expansión de esta actividad de

monitoreo y evaluación será fundamental para el éxito de la evaluación del impacto sobre la salud mental, la cual (al igual que con la evaluación del impacto genérico sobre la salud) tiene el objetivo de recomendar cambios a las políticas, programas o proyectos públicos con el fin de maximizar cualquier beneficio que surja para la salud, mitigar cualquier efecto negativo y/o priorizar las áreas de inversión para mejorar la salud mental. La evaluación exitosa e importante del impacto sobre la salud mental depende, entre otras cosas, de la disponibilidad de buena evidencia evaluativa sobre la naturaleza, magnitud y probabilidad de los impactos previstos sobre la salud mental. También hay diferentes clases de evidencia que son igualmente importantes, especialmente si se tiene en cuenta que las evaluaciones de las intervenciones de salud pública son a menudo escasas. Los datos de estudios cualitativos, por ejemplo, se pueden utilizar para identificar la existencia, naturaleza y posibles mecanismos para impactos negativos o positivos no previstos de las intervenciones (Thomson, Petticrew & Douglas 2003). Datos longitudinales durante el transcurso de la vida pueden examinar los efectos a largo plazo sobre la salud debido a las exposiciones a condiciones sociales y económicas deficientes y pueden identificar aspectos del ambiente social o poblaciones donde en efecto la mayoría de las intervenciones deberían dirigirse (Kuh y otros, 2003). Los datos epidemiológicos transecciónales se pueden utilizar para informar y priorizar las intervenciones propuestas basados en la solidez de las asociaciones observadas, en lo que se refiere a datos existentes sobre el desempleo y salud mental deficiente.

## Rentabilidad

Hay muy pocos datos económicos importantes sobre costos y beneficios relativos de las intervenciones. Las evaluaciones económicas tienden a ser de importancia clave para las personas encargadas de tomar decisiones al determinar si implementar o no las intervenciones (Michie & Williams 2003). Las evaluaciones económicas tienen el objeto de responder a las preguntas acerca del mejor uso de los recursos. La aplicación de la teoría y práctica económica proporciona un conjunto de métodos útiles para evaluar el valor de las actividades de promoción (Cohen 1984). Pero, como metodología, la evaluación económica no ha sido aplicada extensivamente a la promoción de la salud (Cohen 1984; Shiell & Hawe 1996; Godfrey 2001; Byford & Sefton 2002; Hale 2000). Los estudios en el área resaltan los retos relacionados con los métodos convencionales de la evaluación económica en el entorno de promoción de la salud, la naturaleza a largo plazo de los beneficios anticipados y una escasez de las medidas apropiadas de los resultados sensitivos. Al igual que la evaluación clínica, el diseño preferido para las evaluaciones económicas es una Prueba Aleatoria Controlada (RCT). El uso de una RCT puede verse limitado por el hecho de que las actividades de promoción con frecuencia son dirigidas a una comunidad completa en lugar de a un grupo especialmente reclutado. También puede ser poco ético e impráctico aleatorizar los sujetos. Por estas razones, se pueden emplear otros métodos de evaluación, tales como la aleatoriedad de grupos (comparación de poblaciones enteras, tales como grupos de niños en diferentes áreas), modelación y estudios observacionales. Aunque dichos estudios carecen del poder explicativo de un grupo de control, son más factibles de realizar y proporcionan una representación más cercana del mundo real. También permiten estudiar los costos y efectos a largo plazo de intervenciones al nivel inicial durante muchos años.

Las posibles consecuencias de una estrategia para la promoción de la salud mental requieren una medida apropiada e integral. La Tabla 1 proporciona un conjunto de dominios potenciales de resultados que pudieran calificar para ser incluidos en un estudio económico. Los beneficiarios de la estrategia pueden ser individuos, comunidades o poblaciones. En cada nivel es necesario considerar una serie de consecuencias de la intervención, incluyendo resultados intermedios (por ej., un cambio de conducta) y resultados finales en términos de salud (mejor calidad de vida), y resultados no relacionados con la salud (aumento de la productividad social). Los cambios en la salud pueden ser responsables de un solo resultado y, por lo tanto, se requiere considerar los beneficios no relacionados con la salud que resultan de la promoción de la salud. La elaboración de medidas de resultados a nivel comunitario es un área necesitada de evaluación.

Como se muestra en la Tabla 1, es muy probable que se incurra en recursos o gastos en diferentes niveles, incluyendo gobiernos nacionales o regionales, proveedores o comunidades locales e individuos. Éstos

incluirán costos relacionados con la elaboración, implementación y mantenimiento del programa de promoción de la salud; costos de capacitación; y en particular, costos en los medios de comunicación. La medida de estos costos ha representado un reto considerable hasta la fecha, teniendo en cuenta las deudas incurridas con muchas agencias involucradas así como la naturaleza conjunta de los componentes de estos costos con otros programas, pero se ha observado cierto progreso en varias áreas relacionadas. Por ejemplo, recientemente se han compilado en diferentes regiones de la OMS, los costos por la elaboración y mantenimiento de programas para la reducción del hábito de fumar, el consumo excesivo de alcohol, sexo no seguro y factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Johns y otros, 2003).

**Tabla 1: Dominios de costo-resultado para el análisis económico de la promoción de la salud mental**

	Nivel 1: Individuos (por ej., niños de edad escolar y trabajadores)	Nivel 2: Grupos (por ej., hogares y comunidades)	Nivel 3: Población (por ej., regiones y países)
<b>Aportes de recursos</b>	Tiempo de búsqueda de salud Salud y atención social Cambios en el estilo de vida (por ej., ejercicios)	Implementación de programas Apoyo a los grupos familiares	Elaboración e implementación de políticas
<b>Indicadores del proceso</b>	Cambio en actitudes o conducta	Cambio en actitudes o conducta	Cambio en actitudes o conducta
<b>Resultados en la salud</b>	Funcionamiento y calidad de vida Mortalidad (por ej., suicidio)	Carga familiar Violencia	Medidas concisas (por ej., DALYs)
<b>Beneficios sociales y económicos</b>	Autoestima Participación en la fuerza laboral	Capital social / cohesión Menos desempleo	Inclusión social Ganancias en productividad Reducción de costos relacionados con la atención de la salud

## Parte III: Política y práctica

Esta sección considera la forma de avanzar en la elaboración de marcos de políticas en los sectores gubernamentales y comerciales pertinentes, y en generar cambios sostenibles en las comunidades locales.

### **La salud mental es asunto de todos**

El alcance y resultado de las actividades de promoción para la salud mental son potencialmente amplios. A nivel conceptual, la salud mental puede y debe ser definida ampliamente. A un nivel más práctico, resulta útil distinguir entre intervenciones que tienen como meta principal mejorar la salud mental de individuos y comunidades, y las intervenciones que están propuestas primordialmente para lograr algo más, pero que mejoran la salud mental como un beneficio lateral. Un ejemplo de las primeras son las políticas y programas que alientan a las escuelas a prevenir la intimidación entre estudiantes y que mejoran las habilidades de los padres en la crianza de sus hijos; ejemplos de las intervenciones que generan beneficios laterales pudieran ser las políticas y recursos que garantizan que las niñas en países en desarrollo asistan a la escuela y programas que mejoren la vivienda pública. Esta distinción ayuda a reducir el alcance de lo que se puede denominar intervenciones de promoción para la salud mental y la asignación de las responsabilidades respectivas. Por ejemplo, se está haciendo posible el monitoreo del efecto que sobre la salud mental ejercen las políticas relacionadas con la vivienda y la educación. El programa o las partes interesadas por la salud mental en un país o localidad tendrían que abogar por esto, esperar que ocurra y ayudar a utilizar los hallazgos. Sin embargo, otros grupos necesitarán realizar el trabajo y asegurar que las políticas y prácticas sean moldeadas por los hallazgos.

Las actividades para la promoción de la salud mental pueden ser incorporadas funcionalmente en la promoción de la salud, aunque la abogacía necesita realizarse en forma separada. Teniendo en mente la íntima conexión entre salud física y mental, muchas de las intervenciones diseñadas para mejorar la salud mental también promoverán la salud física y viceversa. La salud y la salud mental están afectadas por políticas de los sectores no relacionados con la salud y por diferentes intervenciones comunitarias.

Las acciones que promueven la salud mental a menudo tienen, como un importante resultado, la prevención de los trastornos mentales. La evidencia indica que la promoción de la salud mental también es efectiva para prevenir una gama completa de enfermedades y riesgos relacionados con la conducta. Esto puede ayudar, por ejemplo, en la prevención del hábito de fumar y del sexo no seguro, y por tanto, del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el embarazo entre adolescentes. Estos no son trastornos mentales. En efecto, el potencial de la promoción de la salud mental para prevenir trastornos mentales es más bien bajo en comparación con el aporte potencial a la prevención de las conductas antisociales y que perjudican a la salud (Orley & Weisen 1998).

### **Promoción de la salud mental: un importante componente de la política de salud mental**

La promoción de la salud mental necesita ser integrada como parte de las políticas con el fin de proporcionarle el estatus y dirección estratégica necesaria para su implementación exitosa. La política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en una población. Cuando está bien formulada, la política de salud mental identifica y facilita acuerdos de acción entre las diferentes partes interesadas, asignando roles y responsabilidades definidas. Si la política de salud mental se elabora como parte de una política social más amplia (en lugar de una política única dentro de una política de salud general), es muy probable que el énfasis en la promoción de la salud sea más significativo. Existen más oportunidades para comprometer a varias partes interesadas, que

representan diferentes sectores, en la elaboración e implementación de la política de salud mental.

## Componentes de una política

Una política está compuesta por una declaración de la visión, una declaración de los valores y principios subyacentes de la política, un conjunto de objetivos que ayudan a poner la política en operación y una descripción de las áreas principales de acción y estrategias para lograr los objetivos de dicha política.

### Declaración de la visión

La declaración de la visión incorpora los principales elementos de la política y propone lo que se debe esperar o lograr algunos años después de su implementación. Debe establecer expectativas altas en relación con lo que es deseable en el área de la salud mental pero siendo realistas teniendo en cuenta los recursos disponibles.

### Valores y principios

Los valores se refieren a los criterios sobre lo que se considera deseable. Los principios se refieren a los estándares para guiar las acciones y deben emanar de los valores.

### Objetivos

Los objetivos son metas medibles que dividen la visión de la política en tareas alcanzables. Deben dirigirse al mejoramiento de la salud de una población y responder a las expectativas de las personas, así como proporcionar protección financiera contra los costos de los problemas de salud (OMS 2000).

### Áreas de acción y estrategias

Las áreas de acción y estrategias hacen avanzar los objetivos de la política de salud mental. La política efectiva de salud mental considera el desarrollo simultáneo de varias áreas (refiérase al cuadro).

#### Principales áreas de acción en la política de salud mental

- Financiamiento
- Legislación y derechos humanos
- Organización de servicios
- Recursos humanos y capacitación
- Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación
- Obtención y distribución de medicamentos esenciales
- Abogacía
- Mejoramiento de la calidad
- Sistemas de información
- Investigación y evaluación de políticas y servicios
- Colaboración intersectorial

La promoción de la salud mental funciona en tres niveles: fortaleciendo a los individuos, fortaleciendo a las comunidades y reduciendo las barreras estructurales para la salud mental (Mentality 2003). Este marco es útil para conceptualizar los tres puntos de entrada de la promoción dentro de una política de salud mental. Las barreras estructurales para la salud mental se pueden reducir a través de iniciativas que disminuyen la discriminación y las desigualdades y que promuevan el acceso a la educación, empleo significativo, vivienda, servicios de salud y apoyo a las personas vulnerables.

## Un marco general para la promoción de la salud mental

El desarrollo social promovido por el gobierno al igual que las políticas de salud y salud mental pueden apoyar perfectamente el marco general que considere las estrategias de promoción de salud mental para comunidades y poblaciones enteras. El marco tiene tres aspectos: un concepto de salud mental, estrategias para guiar la promoción de la salud mental y un modelo para la planificación y evaluación.

## **Un concepto de salud mental**

La promoción de la salud mental involucra la adopción de un enfoque basado en una perspectiva positiva de salud mental en lugar de un énfasis en enfermedades mentales y déficits. La promoción de la salud está caracterizada por un enfoque positivo que está dirigido a involucrar a las personas y a empoderarlas para mejorar la salud de la población.

## **Estrategias para la promoción de la salud mental**

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS 1986) proporciona una base para las estrategias de promoción de la salud y puede considerarse como una guía para la promoción de la salud mental. Resalta los factores individuales, sociales y ambientales que influyen en la salud. La Carta de Ottawa proporciona un marco sólido para este enfoque positivo, con su nueva filosofía de salud pública y hace énfasis en la política de salud, ambientes de apoyo y el control de las personas sobre los problemas de salud en su vida diaria. Sus principales estrategias son la elaboración de políticas públicas saludables, creación de ambientes de apoyo, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud.

### **Elaboración de políticas públicas saludables**

Todas las políticas públicas, no solo aquellas que se ocupan de la salud, son consideradas importantes para la promoción de la salud. La Carta de Ottawa reconoce que la mayoría de las estructuras y acciones de la sociedad tienen un efecto sobre la salud. La promoción de la salud mental tiene un rol de abogacía para incrementar la visibilidad y el valor que tienen los individuos y las sociedades en relación con la salud mental.

### **Creación ambientes de apoyo**

Por mucho tiempo se ha reconocido la importancia que para la salud tienen las estrategias de salud ambiental. Sin embargo, generalmente el enfoque se ha colocado en áreas tangibles. Se necesita prestar más atención al ambiente social y a los macro ambientes y los mecanismos a través de los cuales ejercen su influencia sobre la salud. Las interacciones complejas entre un individuo y su ambiente son contextuales y son mediadas por las experiencias y habilidades del individuo, y los factores sociales y culturales. Uno de los retos para la promoción de la salud mental es reconocer el efecto que ejercen estos factores sobre el ambiente y desarrollar intervenciones para modificarlos e indicadores para evaluar su impacto y resultados (Catalano & Dooley 1980).

### **Fortalecimiento de la acción comunitaria**

La acción comunitaria de las personas que se esfuerzan por lograr una meta mutua aumenta el capital social, crea un sentido de empoderamiento y aumenta la capacidad y resiliencia de la comunidad.

### **Desarrollo de habilidades personales**

La información y su diseminación son fundamentales para mejorar el entendimiento de las personas sobre salud mental. Los conceptos de la educación de la salud están siendo utilizados como guías para la educación de la salud mental y contribuir a la promoción de la salud mental.

### **Reorientación de los servicios de salud**

La Carta de Ottawa busca reorientar los servicios de salud desde el modelo médico hacia un enfoque integral más inclusivo. Una política saludable de salud tiene como objetivo lograr un balance entre los dos modelos. Se sugiere un enfoque complementario donde las “estrategias suaves”, con sus bases en las áreas sociológicas, se apliquen con la “estrategia de intervenciones” basada en evidencia derivada de las RCT.

## **Un modelo para la planificación y evaluación**

Un modelo sencillo de planificación ayuda a implementar los principios y estrategias analizadas. Es necesario

describir y poner en operación los determinantes de la salud mental en cada entorno, con el propósito de desarrollar las intervenciones. Resulta beneficioso planear aplicaciones estratégicas en tres niveles de la población: sociedad (por ej., políticas y servicios de salud), comunidad (por ej., escuelas y lugares de trabajo) e individuo (incluyendo familias y grupos reducidos de personas).

## **Desarrollo comunitario como una estrategia para la promoción de la salud mental: lecciones de un país de bajo ingreso**

---

El desarrollo comunitario es un enfoque centrado en las personas. Intenta desarrollar el bienestar social, económico, ambiental y cultural de las comunidades haciendo un énfasis especial en los miembros marginados. Tiene un énfasis participativo sobre la identificación de soluciones para los problemas comunitarios sobre la base del conocimiento y las prioridades locales. Los trabajos realizados en áreas rurales de India ejemplifican algunos de los aspectos de la relación entre desarrollo comunitario y promoción de la salud mental, aún cuando los objetivos del programa pueden no incluir un enfoque específico en la salud mental.

La pobreza, la desigualdad, la discriminación de género y la violencia doméstica son factores importantes que contribuyen al desarrollo de enfermedades mentales dentro de entornos de aldeas en la India rural. También se encuentran en la literatura, factores relacionados que han sido vinculados con los problemas mentales, incluyendo baja autoestima, desamparo aprendido, menos seguridad, mayor nivel de eventos adversos en la vida, aislamiento social, desasosiego, desempleo, privación financiera y económica, bajo estatus social, bajos niveles de educación y pertenecer al género femenino (McKenzie 2000; Mumford y otros, 1997; OMS 1990).

Un programa importante para la atención primaria de la salud en aldeas de la India rural, orientado directamente a la pobreza, desigualdades y discriminación de género, ha conducido indirectamente a ganancias significativas en el bienestar mental. Una clave para el éxito del desarrollo comunitario en estas aldeas, y por lo tanto, para el mejoramiento de la salud mental, ha sido un enfoque que considera las necesidades, intereses y responsabilidades de hombres y mujeres, y que se concentra en reducir la vulnerabilidad y en aumentar la participación de las mujeres. En la medida en que las intervenciones fueron teniendo éxito, las personas entendieron el empoderamiento del trabajo conjunto y estuvieron abiertas a enfocarse en otros asuntos que afectan a la aldea, tales como necesidades de salud y discriminación de castas.

La Figura 2 describe los vínculos entre desarrollo comunitario y salud mental en este proyecto. Las lecciones aprendidas proporcionan una plantilla para la introducción de programas similares en otras partes. El entendimiento de los factores locales relativos a una comunidad, el empoderamiento de esa comunidad para resolver sus propios problemas, y el mejoramiento subsiguiente en los determinantes de la salud mental, demuestran por qué el enfoque en el desarrollo comunitario es una estrategia clave para la promoción de la salud mental.

**Figura 2: La relación entre desarrollo comunitario y la salud mental en aldeas de la India rural**

Desarrollo Comunitario →	Aumento en		→ Salud Mental	
	↑	Relaciones sociales y apoyo		
	↑	Capital social		
	↑	Redes de seguridad social que pueden ayudar en las crisis		
	↑	Habilidades efectivas para afrontar adversidades		
	↑	Mejores condiciones de vivienda, atención de salud y educación		
	↑	Desarrollo económico		
	↑	Salud, embarazos sin complicaciones, nutrición, ambientes más limpios		
	↑	Independencia económica de las mujeres → mejor posición de las mujeres → mayor oportunidad para la participación de las mujeres en la toma de decisiones, incluyendo planificación familiar		
	↑	Recursos hídricos → menor desarmonía comunitaria y menor carga para las mujeres		
	↑	Empoderamiento: las personas confiarán en que pueden identificar soluciones a los problemas y crear cambios		
	↑	Capacidad para concentrarse en valores más altos y mostrar compasión por las personas más vulnerables		
	↑	Empoderamiento de las mujeres → más niñas en la escuela, menos problemas relacionados con experiencias negativas en las adolescentes, reducción de la violencia doméstica		
	↑	Grupos de niñas adolescentes → oportunidades para socialización, educación, empoderamiento y fortalecimiento de la autoestima		
	↑	Igualdad y oportunidades para grupos marginados		
Disminución en				
↓	Abuso de alcohol y violencia			
↓	Discriminación de castas			
↓	Temor a morir por embarazo o enfermedad debido a VHW (apoyado por el personal del programa CRHP) → mejor planificación familiar → liberarse de la carga de tener que proveer para una familia grande			
↓	Corrupción y criminalidad			
↓	Desigualdad en la sociedad			

Fuente: Arole, Fuller & Deutschman en prensa

## **Desarrollo de las intervenciones sostenibles**

---

La sostenibilidad en la promoción de la salud se refiere a la capacidad que tiene una intervención para continuar brindando beneficios o ganancias a la salud más allá del financiamiento inicial o la etapa de “proyecto de demostración. Se dice que los programas son sostenibles si, con recursos limitados, continúan los esfuerzos encaminados a lograr beneficios. Aunque hay muy poca experiencia acumulada en la promoción de la salud, la investigación y la teoría sobre sostenibilidad en el campo general de promoción de la salud ha generado muchos ejemplos útiles.

Algunos estudios han conformado nuestras ideas acerca de la sostenibilidad. Goodman y Steckler (1987) abrieron el camino con un estudio que identificó un grupo similar de programas financiados 10 años antes y siguieron su progreso. Su interés se concentraba en qué factores predecían cuáles programas “vivían” y cuales “morían”. Las personas quedaron sorprendidas con los resultados. Un factor clave fue la presencia de una mayor abogacía por parte de la organización patrocinadora, es decir, alguien que pudiera abogar por el programa en el foro clave de toma de decisiones. Esta investigación produjo diferentes consultas que se concentraban en los factores de las organizaciones que promovían la sostenibilidad. El trabajo atrajo la atención al hecho de que la forma en que se establece un programa afecta en primer lugar la probabilidad de su continuación (Shediac-Rizzkallah & Bone 1998).

Las principales características que se conocen que están asociadas con la sostenibilidad de los programas son:

- Hay evidencia de que el programa es efectivo.
- Usuarios/patrocinadores/responsables de tomar decisiones estaban involucrados en su creación.
- La organización patrocinadora proporciona apoyo real o en especies desde el principio.
- El potencial para generar financiamiento adicional es alto.
- La organización patrocinadora es “madura” (estable, con recursos).
- El programa y la organización patrocinadora tienen misiones compatibles.
- El programa no es una unidad separada sino más bien sus políticas, procedimientos y responsabilidades están integrados en la organización.
- Alguien de autoridad (otra persona que no es el director del programa) es el líder del programa en los niveles altos de la organización.
- El programa tiene pocos “proveedores rivales” que se beneficiarían de la descontinuación del programa.
- La organización patrocinadora tiene una historia de innovación.
- El valor y la misión del programa se adaptan bien con la comunidad en general.
- El programa tiene líderes comunitarios que condenarían abiertamente su descontinuación.
- Otras organizaciones están copiando las innovaciones del programa.

La investigación de la sostenibilidad está en aumento, pero lo que debe medirse es ahora más complicado.

La mayoría del trabajo está concentrado en la presencia o ausencia de programas (Bracht y otros, 1994).

Pero como señala Green (1987), la meta apropiada de la inversión del programa en la promoción de la salud no es la continuación de los programas propiamente dichos, sino la capacidad sostenida para abordar el problema inmediato. Esta capacidad sostenida puede tomar muchas formas y puede seguir siendo fuerte mucho después que el nombre, logotipo e incluso el personal del programa original hayan desaparecido.

Esto une directamente la investigación sobre la sostenibilidad con la investigación sobre el desarrollo de potencial en promoción de la salud (Hawe y otros, 1997). La nueva dinámica que necesitamos abordar no se concentra en agregar programas sino en perfeccionar el funcionamiento y la capacidad de los sistemas - por ej., sistemas de atención primaria de la salud, sistemas escolares - para que se enfoquen más en mejorar la salud. La nueva frontera en la investigación de la sostenibilidad no es, por lo tanto, sobre los aspectos tecnológicos del programa sino de los programas como procesos de cambio dentro de las organizaciones o comunidades. Los programas son oportunidades para “recalibrar” los sistemas en niveles de funcionamiento más altos o mejores.

La nueva frontera también incluye un análisis más sistemático del contexto dentro del cual se imparten los programas y los factores dentro de ese contexto (tales como relaciones preexistentes de moral e interagenciales) que pudieran predecir por qué algunos programas decaen con el tiempo mientras que otros

floreцен.

## Un enfoque intersectorial en la promoción de la salud mental

---

Los factores que promueven la salud radican fuera del sector salud (Marmot 1999).

La Carta de Ottawa “coloca la salud en la agenda de los diseñadores de políticas en todos los sectores y en todos los niveles” (OMS 1986, p. 2). La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud va aún más allá al enfatizar la necesidad de la colaboración intersectorial:

*Existe una necesidad de abrirse paso a través de las fronteras tradicionales dentro de los sectores del gobierno, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y entre los sectores públicos y privados. La cooperación es esencial ... esto exige la creación de nuevas alianzas ... (OMS 1997a, p. 3).*

Esto es incluso más importante para la promoción de la salud mental.

Las personas que trabajan en colaboración necesitan:

- Fundamentarse en la actividad actual en los sectores, entornos y organizaciones;
- Crear diferentes alianzas para diferentes propósitos, en diferentes niveles; y
- Crear acción de colaboración "horizontalmente" dentro de los departamentos del gobierno y organizaciones y entre aquellos expertos en políticas, práctica e investigación.

La necesidad de una práctica de colaboración en la promoción de la salud mental está firmemente establecida por los determinantes sociopolíticos y económicos de la salud. Es decir, al influir sobre los determinantes de la salud, tales como el mejoramiento de la conectividad social, la garantía de ausencia de discriminación y violencia, y el cambio en el lugar de trabajo y el ambiente físico, no se logrará con la sola acción del sector salud sino más bien a través de un enfoque intersectorial. El enfoque multidisciplinario que involucra la investigación, políticas y práctica en el empleo, educación, justicia, asistencia social, las artes, deportes y el ambiente constituido, intenta mejorar la salud mental a través de una creciente participación y conectividad social.

Los entornos para esta práctica pueden incluir escuelas, lugares de trabajo y artes o deportes comunitarios. Los grupos de población incluyen estudiantes, empleados, empleadores, personas mayores, comunidades de bajo ingreso, jóvenes y personas de grupos inmigrantes o minoritarios. Se utilizan diversas estrategias en estos entornos – elaboración de políticas; cambio organizacional; teatro, procesos narrativos y consultivos; desarrollo y participación comunitaria; y cambios en el ambiente físico y social. La naturaleza de la colaboración variará de acuerdo al entorno y los sectores, y de acuerdo a los diferentes niveles. Casi siempre los buenos resultados exigen planificación y pertenencia compartida de los sectores involucrados.

Sin embargo, la colaboración y la alianza toman tiempo y exigen un compromiso para garantizar metas y resultados compartidos. Los retos incluyen el financiamiento vertical dentro de los sectores, diversos tipos de profesionales y perspectivas, prioridades contrapuestas, diferentes modelos de financiamiento y con frecuencia injustos, modelos de salud para los grupos de población y procesos complejos para la toma de decisiones.

Los componentes más importantes de un enfoque intersectorial para lograr mejores resultados en la salud incluyen:

- La adopción de un lenguaje unificado con el cual trabajar en los diferentes sectores;
- Un enfoque de alianza para asignar y compartir los recursos; y
- Un fortalecimiento del potencial a través de las dimensiones individuales, organizacionales y comunitarias.

Los modelos de salud que se derivan de paradigmas indígenas actualmente son vistos como modelos de buenas prácticas para todos. Por ejemplo, las comunidades de Samoa tienen un modelo “fonofale” de salud, que está basado en la casa tradicional o “fale”. El techo representa los valores y creencias culturales; la base es la familia, nuclear y extendida; y los cuatro postes representan el aspecto “físico–biológico”, “espiritual”, “mental y emocional” y “otro” bienestar (incluyendo variables tales como el género, orientación sexual, edad y clase social) (Anae y otros, 2002). Los australianos indígenas, como las comunidades de Samoa y Maorí no reconocen una división entre mental y físico. La interacción de los elementos es crucial para establecer el

bienestar (Anae y otros, 2002). Este punto de vista sobre salud mental necesita la formación de alianzas con las comunidades para desarrollar la promoción de la salud mental que es culturalmente sensitiva.

#### **Estudios de caso: Alianzas que abordan los determinantes sociales de la salud mental**

Los siguientes estudios de caso demuestran el impacto del sector de la salud que trabaja en alianza con otros sectores para abordar los determinantes sociales de la salud mental.

#### **Escuelas Mentalmente Saludables en Aotearoa, Nueva Zelanda**

El marco de las escuelas que promueven la salud mental (OMS 1996) se implementa ampliamente en los países desarrollados y en vías de desarrollo y es un ejemplo clave de colaboración intersectorial entre los sectores de salud y educación. El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda financió la creación de guías para Escuelas Mentalmente Saludables mediante la Fundación de Salud Mental de Nueva Zelanda (MHF 2001). Este proyecto vinculó el aprendizaje y la enseñanza del plan de estudios, la organización escolar y la cultura, los vínculos comunitarios, alianzas y servicios. Ejemplificó los vínculos entre las metas nacionales de dos sectores del gobierno que contribuían a la salud y bienestar de los niños de edad escolar.

#### **MindMatters – un recurso nacional para la promoción de la salud mental en las escuelas**

MindMatters es un recurso nacional para la promoción de la salud mental en las escuelas que fue financiado por el Departamento Nacional de Salud de Australia. Proporciona una estrategia estructurada para la generación de escuelas promotoras de salud que promuevan el bienestar de los jóvenes a través de todos los aspectos del ambiente escolar. La colaboración estuvo facilitada por el reconocimiento que hiciera el sector salud de las prioridades del sistema educativo y los maestros. Esto marca un cambio en las intervenciones del sector salud que hacen énfasis en las deficiencias individuales y se enfocan en los hallazgos de estudios educativos en relación con la implementación efectiva de los programas escolares (Wyn y otros, 2000).

#### **Socializando la atención y la promoción de la salud de los ancianos en la Ciudad de Danang**

La Ciudad de Danang es una ciudad costera en Vietnam. Se realizó un programa social de atención de la salud en la comunidad para promover y proteger la salud de los ancianos. El mismo involucraba la colaboración de centros deportivos y de actividades. Se alentaba a los abuelos para que dieran buenos ejemplos a los jóvenes y a los jóvenes para que atendieran a sus abuelos ("Imitar a los abuelos - Niños devotos"). Se intensificó la educación de la salud y la consejería para mejorar las actividades y la auto atención. El hospital general también estableció pabellones para proveer a los ancianos de comida y bebida, y los médicos pudieron apreciar mejor las necesidades de los ancianos.

Este estudio de caso muestra cómo los diferentes tipos de acción en diferentes niveles en una comunidad, pueden mejorar la salud mental a través de una mayor concientización y aumento de la conectividad social. Se modificaron las prácticas del personal médico y del hospital. Un programa de educación social que vinculaba a los ancianos con los jóvenes concedió valor a ambos grupos. La salud de los ancianos mejoró significativamente.

### **Colaboración internacional y el rol de la OMS**

Está claro que la promoción de la salud mental depende de la colaboración intersectorial y que la mayoría de las intervenciones pueden ciertamente ser la responsabilidad de sectores fuera de la salud mental tradicional. También hay una clara necesidad de abogacía, ya que los temas de salud mental a menudo son implícitos en lugar de explícitos y ocultos en lugar de expuestos. De allí que la necesidad de la colaboración internacional sea crucial.

La OMS, como agencia internacional líder, responsable de la salud, ha reconocido el valor de la salud mental y su promoción. Sus actividades emanan de la conceptualización medular de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia", antes mencionada. La Constitución de la OMS también estipula algunas funciones medulares. Estas incluyen:

- “Fomentar actividades en el campo de la salud mental, especialmente aquellas que afectan la armonía de las relaciones humanas”; y
- “Ayudar a crear una opinión pública informada entre las personas sobre los temas de salud”.

Numerosas Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) con respecto a la promoción de la salud mental han instado a los Estados Miembros a tomar medidas para prevenir las enfermedades mentales y para promover la salud mental, y han solicitado al Director General que emprenda las medidas para suministrar información y guía con relación a las estrategias apropiadas (OMS 2002). En el 2002, fue adoptada una resolución que instaba a la OMS a “facilitar la elaboración efectiva de políticas y programas que fortalezcan y protejan la salud mental” (WHA55.10). Hizo un llamado a la “formación de una coalición con la sociedad civil y acciones claves con el fin de crear mayor concientización global y campañas de abogacía sobre salud mental” (OMS 2002).

El rol de la OMS en la promoción de la salud mental se puede resumir brevemente de la siguiente manera.

#### **Generar, revisar, compilar y actualizar la evidencia sobre estrategias para la promoción de la salud mental, especialmente la evidencia proveniente de países de bajo y mediano ingreso**

Aunque se han publicado muchos estudios sobre salud mental y, de tiempo en tiempo, se han hecho esfuerzos para asimilarlos, no está disponible ninguna revisión exhaustiva en esta área sobre literatura relacionada con la investigación basada en evidencia. *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica* junto con el trabajo sobre la prevención de los trastornos mentales son un intento para llenar este vacío. La evidencia para la efectividad de la promoción de la salud mental está menos disponible en las áreas que tienen la máxima necesidad, tales como países de bajo y mediano ingreso y áreas en conflicto donde la salud mental está especialmente comprometida. Se necesitan más esfuerzos para generar evidencia basada en estos entornos. También se necesita prestar atención a las estrategias que han demostrado ser ineffectivas o inapropiadas sobre la base de todas las clases de evidencia. La información sobre estas estrategias sirve para prevenir el desgaste de los recursos preciosos.

#### **Crear estrategias y programas apropiados**

La OMS puede ayudar a los países a crear estrategias y programas apropiados para su implementación.

Algunos de los factores que se deben considerar son:

- evidencia de la efectividad
- el principio de la prudencia
- adaptación y aceptabilidad cultural
- requisitos financieros y de personal
- nivel de sofisticación tecnológica y requisitos de infraestructura
- rendimiento y beneficio global
- potencial para la aplicación a gran escala.

#### **Facilitar alianzas y colaboración**

La promoción de la salud mental requiere los esfuerzos colectivos de todas las organizaciones que tienen la responsabilidad de los sectores que pudieran tener un impacto directo o indirecto en la salud mental. A nivel internacional, estos incluyen las asociaciones profesionales, otras organizaciones internacionales, gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales, el sector salud y los donantes potenciales. La OMS está bien posicionada para forjar vínculos estratégicos con todos estos organismos y para elaborar programas efectivos sobre promoción de salud mental. Las organizaciones internacionales con las que colabora regularmente la OMS en esta área son la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Banco Mundial.

## Recomendaciones claves

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La promoción de la salud mental contribuye con la salud general y debe formar un componente esencial en la promoción de la salud.

El alcance de la promoción de la salud mental se identifica por analogía con el éxito de la promoción de la salud física. La salud mental es una responsabilidad comunitaria, no solo un interés individual, de la misma manera en que muchos países y comunidades se han interesado por la salud cardiaca, el control del tabaco, la salud dental y otras áreas. Los costos sociales y económicos de los problemas de salud mental son altos y la evidencia sugiere que continuarán aumentando si la comunidad y el gobierno no toman las acciones necesarias.

Las siguientes recomendaciones claves se pueden extraer del material presentado en este Informe Compendiado. Éstas son especialmente pertinentes a los planificadores de políticas de salud y a los profesionales de salud pública en los países de bajo y mediano ingreso.

- 1 La promoción de la salud mental se puede lograr mediante intervenciones sociales y de salud pública efectivas. La base de evidencia científica en esta área es relativamente limitada, pero la evidencia está disponible en los diferentes niveles para demostrar la efectividad de varios programas e intervenciones que mejoran la salud mental de las poblaciones. Éstas incluyen:
  - intervenciones en la niñez temprana (por ej., visitas al hogar para mujeres embarazadas, intervenciones psicosociales en niños de edad preescolar, combinación de intervenciones nutricionales y psicosociales en las poblaciones en desventaja);
  - empoderamiento económico y social de las mujeres (por ej., mejorando el acceso a la educación, planes de micro-crédito);
  - apoyo social a las poblaciones de ancianos (por ej., iniciativas que fomenten las relaciones amistosas, centros diurnos y comunitarios para las personas de edad);
  - programas dirigidos a los grupos vulnerables tales como minorías, poblaciones indígenas, inmigrantes y personas afectadas por conflictos y desastres (por ej., intervenciones psicológicas y sociales durante la fase de reconsolidación después de catástrofes) ;
  - actividades de promoción para la salud mental en las escuelas (por ej., programas que apoyen los cambios ecológicos en las escuelas, escuelas que ofrezcan ambientes cordiales para los niños);
  - intervenciones de salud mental en el trabajo (por ej., programas para la prevención del estrés);
  - políticas sobre la vivienda (por ej., mejores condiciones habitacionales);
  - programas para la prevención de la violencia (por ej., iniciativas de vigilancia comunitaria); y
  - programas de desarrollo comunitario (por ej., Communities That Care, desarrollo rural integrado).
- 2 La colaboración intersectorial es la clave para los programas efectivos de promoción de salud mental. Para algunos programas de colaboración, los resultados en la salud mental son los principales objetivos; sin embargo, para la mayoría, éstos pueden ser secundarios a otros resultados sociales y económicos, pero son valiosos por derecho propio.
- 3 La sostenibilidad de los programas es indispensable para su efectividad. La participación de todas las partes interesadas, el sentido de pertenencia de la comunidad y la disponibilidad continua de los recursos facilitan la sostenibilidad de los programas de promoción de salud mental.
- 4 Se necesita mayor investigación científica y evaluación sistemática de los programas para aumentar la base de evidencia, así como para determinar la aplicabilidad de esta base de evidencia en entornos de amplia diversidad de cultura y recursos.
- 5 Es necesaria la acción internacional para generar y diseminar mayor evidencia, para ayudar a los países de bajo y mediano ingreso a implementar programas efectivos (y a no implementar aquellos que no son efectivos) y para fomentar la colaboración internacional.

## Referencias

- Albee GW, Gullotta TP (1997). *Trabajos de prevención primaria*. Thousand Oaks, Sage Publications
- Allen N, Lewinsohn P, Seeley J (1998). Influencias prenatales y perinatales sobre el riesgo de psicopatología en la infancia y adolescencia. *Desarrollo y Psicopatología*, 10(3):513–529.
- Allen T (2000). Renovación de la vivienda – ¿no te disgusta esto? *Vivienda*, 15(3):443–461
- Anae M y otros, (2002). Hacia la promoción de la salud mental en jóvenes, Aotearoa Nueva Zelanda: casas integrales de salud. *Publicación Internacional para la Promoción de la Salud Mental*, 4(3):5–14.
- Anderson P (1999). Tabaco, alcohol y drogas ilícitas. En: *La evidencia de la efectividad de la promoción de salud mental. Un informe de la Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud presentado a la Comisión Europea*. París, Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud.
- Anthony J (en prensa). Evidencia actual: determinantes de salud mental. En: Herman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Armstrong M, Goldsteen K (1990). Patrones de apoyo a la amistad para ancianas estadounidenses. *Publicación de Estudios sobre Envejecimiento*, 4(4):391–404.
- Bang A, Bang R (1991). Participación comunitaria en la investigación y acción contra el alcoholismo. *Foro Mundial de Salud*, 12:104–109.
- Bang A, Bang R (1995). Acción contra el alcoholismo. *Acción de Salud*, 11:2.
- Baum F (1998). *La nueva salud: una perspectiva australiana*. Melbourne, Oxford University Press.
- Baum F (1999). Capital social: ¿Es bueno para su salud? Temas para una agenda de salud pública. *Publicación de Epidemiología y Salud Comunitaria*, 53: 195–196.
- Bellew R, King E (1993). Educando a las mujeres: lecciones de experiencia. En: King E, Hill A, eds. *Barrerasm Beneficios y Políticas*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds (1995). *Abordando las desigualdades en salud: una agenda para la acción*. Londres, Kings Fund.
- Black D, Mittelmark M (1999). Igualdad en salud: un derecho humano fundamental. En: La Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud (IUHPE). *La evidencia de la efectividad de la promoción para la salud: conformando la salud pública en una nueva Europa. Segunda Parte*. Bruselas-Luxemburgo, ECSE-ECEAC:156-164.
- Bracht N et al. (1994). Pertenencia comunitaria y continuación de programa después de un proyecto de demostración de salud. *Investigación de Educación de Salud*, 9:243–255.
- Bradburn NM, Caplovitz D (1965). *Informes sobre felicidad*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- Broadhead J y otros. (en prensa). Apoyo social y eventos de vida como factores de riesgo para la depresión entre mujeres en un entorno urbano de Zimbabwe. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*.
- Brooks-Gunn J y otros. (2001). Efectos de combinación de asistencia pública y empleo a madres y sus hijos pequeños. *Mujeres y Salud*, 32(3):179 210.
- Brown CH y otros (2000). Evaluación de la evidencia de la efectividad para intervenciones preventivas: el uso de un sistema de registro para influir en la política a través de la ciencia. *Conductas Adictivas*, 25:955–964.
- Brown GW, Harris TO, eds (1989). *Eventos de la vida y enfermedad*. Nueva York, Guilford Press.
- Brown H, Strugeon S (en prensa). Inicio saludable en la vida y reducción temprana de riesgos. En: Hosman: C, Jané Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de los trastornos mentales: una sinopsis sobre estrategias y programas basados en evidencia*. Oxford, Oxford University Press.
- Bunker SJ y otros (2003). “Estrés” y enfermedades cardíacas coronarias: factores psicosociales de riesgo. Actualización de la declaración sobre la posición de la Fundación Nacional de Australia para enfermedades cardíacas. *Publicación de Medicina de Australia*, 178:272–276.
- Byford S, Sefton T (2002). Primeros auxilios: lecciones de economía de salud para la evaluación económica en asistencia social. [Documento de discusión.] Londres, Escuela Londinense de Economía, Salud y Atención Social.
- Caplan M y otros (1992). Promoción de la capacidad social con jóvenes adolescentes de barrios marginados y áreas suburbanas: efectos sobre el ajuste social y el uso de alcohol. *Publicación de Consultoría y Psicología Clínica*, 60(1): 56–63.
- Carson AJ y otros (2002). Depresión después del ataque al corazón. *Lancet*, 356:122–126.
- Catalano R, Dooley D (1980). Cambio económico en la prevención primaria. En Price R y otros (eds). *Prevención en salud mental – investigación, política y práctica*. Londres, Sage.
- Cederblad M y otros (1995). Afrontando las crisis de la vida en un grupo en riesgo de trastornos mentales y de conducta: del estudio de Lundby. *Acta Psychiatrica Scandanavia*, 91:322–330.
- Chowdhury A, Bhuiya A (2001). ¿Reducen los programas para el alivio de la pobreza las desigualdades en salud? La experiencia de Bangladesh. En: Leon D, Walt G, eds. *Pobreza, desigualdad y salud*. Oxford, Oxford University Press:312–332.

- Cohen A (2002). Nuestras vidas fueran cubiertas de oscuridad. El trabajo de la Misión Nacional Literaria en el Norte de India. En: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. *Diario de salud mental mundial: programas sociales y de salud mental en países de bajo ingreso*. Nueva York, Londres,, Dordrecht:Kluwer Academic/ Plenum Publishers:153-190.
- Cohen D (1984). Modelo de utilidad de conducta preventiva. *Publicación de Epidemiología y Salud Comunitaria*, 38:61–65.
- Cooper B (1990). Epidemiología y prevención en el campo de la salud mental. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*, 25:9–15.
- Cooper B (1993). Espías y batallones individuales: la epidemiología clínica de los trastornos mentales. *Medicina Psicológica*, 23:891–907.
- Costello EJ y otros, (2003). Relaciones entre pobreza y psicopatología; un experimento natural. *JAMA*, 290:2023–2029.
- CRD (2000). *Evidencia derivada de revisiones sistemáticas sobre la investigación pertinente para implementar la agenda de 'salud pública más amplia'*. Centro para Revisiones y Diseminación (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm> con acceso en agosto 2000).
- Davis MK, Gidycz CA (2000). Programas para la prevención del abuso sexual de menores: un meta-análisis. *Publicación de Psicología Clínica Infantil*, 29:257–265.
- Desjarlais R y otros, (1995). *Salud mental mundial: problemas y prioridades en países de bajo ingreso*. Nueva York, Oxford University Press.
- Domitrovich C et al (en prensa). Escuelas como un contexto para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de los trastornos mentales: una sinopsis sobre estrategias y programas basados en evidencia*. Oxford, Oxford University Press.
- Durkheim E (1897). En: Simpson G, Spaulding JA, Simpson G, eds (1951). *Suicidio: un estudio en sociología*. Nueva York, Free Press.
- Durlak JA (1995). *Programas de prevención con base en la escuela para niños y adolescentes*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Durlak JA, Wells AM (1997). Programas de prevención primaria de salud mental para niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Publicación Americana de Psicología Comunitaria*, 25:115–152.
- Durlak JA, Wells AM (1998). Evaluación de los programas de salud mental para niños y adolescentes mediante intervenciones preventivas indicadas (prevención secundaria). *Publicación Americana de Psicología Comunitaria*, 26:775–802.
- Eaton WW, Harrison G (1996). Prioridades de prevención. *Opinión Actual en Psiquiatría*, 9:141–143.
- Eaton WW, Harrison G (1998). Epidemiología y aspectos sociales del ambiente humano. *Opinión Actual en Psiquiatría*; 11:165–168.
- Eisenberg L (1998). Importancia de la salud pública. En: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Prevención de las enfermedades mentales: promoción de salud mental en la atención primaria*. Chichester, John Wiley:141–154.
- Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T (2002). Estudio controlado, basado en la población, de problemas de conducta y trastornos psiquiátricos en niños de 11 años que presentaron bajo peso al nacer. *Archivo de Enfermedades en la Infancia. Edición Fetal y Neonatal*, 87(2):F128–F132.
- Elias MJ (1995). Prevención primaria como promoción de la salud y la capacidad social. *Publicación de Prevención Primaria*, 16:5–24.
- Felner RD y otros, (1993). Reestructurando la ecología de la escuela como un enfoque de prevención durante las transiciones escolares: seguimientos longitudinales y extensiones del Proyecto del Ambiente de Transición Escolar (STEP). *Prevención en Servicios Humanos*, 10: 103–136.
- Gillies P (1999). La efectividad de las alianzas y asociaciones para la promoción de la salud. *Promoción Internacional de Salud*, 13:1–21.
- Gilvarry E (2000). Abuso de sustancias en jóvenes. *Publicación de Psicología y Psiquiatría Infantil y Disciplinas Afines*, 41:55–80.
- Godfrey C (2001). Evaluación económica de la promoción de la salud. En: Rootman I y otros, eds. *Evaluación en la promoción de la salud: principios y perspectivas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS Publicaciones Regionales, Serie Europea No. 92).
- Goldberg D (1998). Prevención de la enfermedad mental. En: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Prevención de la enfermedad mental: promoción de la salud mental en la atención primaria*. Chichester, John Wiley:141–154.
- Goodman RM, Steckler AB (1987). Un modelo de institucionalización de los programas para la promoción de la salud. *Salud de la Familia y la Comunidad*, 11:63–78.
- Gostin L (2001). Más allá de los reclamos morales. Un enfoque de salud mental basado en los derechos humanos. Sección especial: conservando los derechos humanos en la agenda bioética. *Publicación Trimestral Cambridge de Ética para la atención de la salud*, 10: 264–274.
- Green LW (1987). ¿Es la institucionalización la meta apropiada? *Salud Familiar y Comunitaria*, 11:79.
- Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B (2001). La prevención de los trastornos mentales en niños de edad escolar: las condiciones actuales del área. *Prevención y Tratamiento*, 4:np.

- Greenberg MT, Kusche CA (1998). Intervenciones preventivas para niños sordos de edad escolar: El plan de estudios PATHS. *Publicación de Estudios en Sordos y Educación para Sordos*, 3(1):49–63.
- Hale J (2000). ¿Qué contribución puede hacer la economía de la salud a la promoción de la salud? *Promoción Internacional de Salud*, 15:341–348.
- Hawe P y otros, (1997). Multiplicando las ganancias en salud: el rol decisivo del desarrollo de potencial en la promoción de la salud. *Política de Salud*, 39:29–42.
- Hawkins D y otros, (1992). El proyecto de Seattle sobre desarrollo social: efectos de los primeros cuatro años sobre factores de protección y problemas de conducta. En: McCord J, Tremblay RE, eds. *Prevención de la conducta antisocial: intervenciones desde el nacimiento hasta la adolescencia*. Nueva York, Guilford Press:139–161.
- Hawkins D, Arthur M, Olson J (1997). Intervenciones comunitarias para reducir los riesgos y aumentar la protección contra la conducta antisocial. En: Stoff DW, Breiling J, Masers JD, eds. *Manual de conducta antisocial*. NIMH/John Wiley & Sons:365–374.
- Hawkins D, Catalano R, Arthur M (2002). Promoviendo la prevención, basada en la ciencia, en las comunidades. *Conductas Adictivas*, 27:951–976.
- Hawkins D, von Cleve E, Catalano R (1991). Reduciendo la agresión en la infancia temprana: resultados de un programa de prevención primaria. *Publicación de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, 30(2): 208–217.
- HEA (1997). *Promoción de la salud mental: un marco de calidad*. Londres, Autoridad de Educación de Salud.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Eliminando la violencia contra la mujer*. Baltimore, Universidad Johns Hopkins, Escuela de Salud Pública, Programa de Información de Población (Informes de Población, Serie L, No. 11).
- Henderson S, Whiteford H (2003). Capital social y salud mental. *Lancet*, 362:505–506.
- Herrman H (2001). La necesidad para la promoción de la salud mental. *La Publicación de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda*, 35:709–715.
- Hoefnagels C (en prensa). El caso de prevención del abuso de menores. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de los trastornos mentales: una sinopsis sobre estrategias y programas basados en evidencia*. Oxford, Oxford University Press.
- Hosman C (2001). Evidencia de la efectividad en la promoción de la salud mental. En: *Actas de la Conferencia Europea sobre Promoción de Salud Mental e Inclusión Social*. Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud (Informe 3).
- Hosman C, Jané-Llopis E (1999). Retos políticos 2: salud mental. En: *La evidencia de la efectividad de la promoción para la salud: conformando la salud pública en una nueva Europa*. Bruselas, ECSC-EC-EAAC:29–41.
- Hosman C, Jané-Llopis E (en prensa). Evidencia de las intervenciones efectivas de la promoción de salud mental. En: Herman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds (en prensa). *Prevención de los trastornos mentales: una sinopsis sobre las estrategias y programas basados en evidencia*. Oxford, Oxford University Press.
- House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Relaciones sociales y salud. *Ciencia*, 214:540–545.
- IUHPE (2000). *La evidencia de la efectividad de la promoción de salud: conformando la salud en una nueva Europa*. 2da ed. Un informe para la Comisión Europea. París, Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud.
- Jahoda M (1958). *Conceptos actuales de salud mental positiva*. Nueva York, Libros Básicos.
- Jané-Llopis E y otros, (2003). Factores de predicción de la eficacia en la prevención de la demencia. Meta-análisis. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 183.
- Jané-Llopis E, Hosman C, Copeland J (en prensa). Envejeciendo mentalmente saludable y la prevención de la demencia. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de los trastornos mentales: una sinopsis de las estrategias y programas basados en evidencia*. Oxford, Oxford University Press.
- Jenkins R, Lehtinen V, Lahtinen E (2001). Perspectivas emergentes sobre salud mental. *Publicación Internacional de Promoción de la Salud Mental*, 3(1):25–43.
- Johns B y otros, (2003). Costos del Programa en la evaluación económica de las intervenciones de salud *Rentabilidad y Asignación de Recursos*, 1: 1 (<http://www.resource-allocation.com>)
- Johnson Z y otros, (1993). Programa para madres de la comunidad: prueba aleatoria controlada de intervenciones no profesionales que capacitan a los padres en la crianza de sus hijos. *Publicación Británica de Medicina*, 306:1449–1452.
- Johnson Z y otros, (2000). Programa para madres de la comunidad: seguimiento de siete años de una prueba aleatoria controlada de intervenciones no profesionales que capacitan a los padres en la crianza de sus hijos. *Publicación de Medicina de Salud Pública*, 22(3): 337–342.
- Kawachi I, Berkman L (2001). Lazos sociales y salud mental. *Publicación de Salud Urbana*, 78:458–467.

- Kawachi I, Kennedy B (1997). Determinantes socioeconómicos de la salud: salud y cohesión social. ¿Por qué preocuparse de la desigualdad de los ingresos? Publicación Británica de Medicina, 314:1037–1040.
- Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Capital social y salud auto evaluada: un análisis contextual. Publicación Americana de Salud Pública, 89(8):1187–1193.
- Kellam SG y otros, (1994). Síntomas depresivos en el primer grado y su respuesta a una prueba preventiva, basada en epidemiología del desarrollo, dirigida a mejorar el rendimiento. Desarrollo y Psicopatología, 6:463–481.
- Kendler KS (1997). Apoyo social: un análisis genético-epidemiológico. Publicación Americana de Psiquiatría, 154(10):1398–1404.
- Kickbusch I (2003). La contribución de la Organización Mundial de la Salud a una nueva promoción de salud y salud pública. Publicación Americana de Salud Pública, 93:383–388.
- Kleinman A (1999). Violencia social: interrogantes de investigación sobre experiencias locales y respuestas globales. Archivos de Psiquiatría General, 56:978–979.
- Korkeila JJ (2000). Midiendo los aspectos de la salud mental. Helsinki, Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y la Salud (STAKES).
- Kreitman N (1990). Asuntos en la investigación de los aspectos epidemiológicos y de salud pública en la conducta parasuicida y suicida. En: Goldberg D, Tantam D, eds. El impacto de los trastornos mentales en la salud pública. Toronto, Hogrefe and Huber.
- Kuh D y otros, (2003). Epidemiología en el transcurso de la vida. Publicación de Epidemiología y Salud Comunitaria, 57(10): 778–783.
- Kuper H, Marmot M, Hemingway H (2002). Una revisión sistemática de estudios prospectivos de grupos similares de factores psicosociales en la etiología y pronóstico de la enfermedad cardíaca coronaria. *Seminarios en Medicina Vascular*, 2:267–314.
- Labonté R, Robertson A (1996). Despachando la mercancía, mostrando lo que tenemos: el caso para el paradigma constructivista para la investigación y práctica de la promoción de la salud. Publicación Trimestral sobre Educación de la Salud, 23(4):431–447.
- Lahtinen E y otros,, eds (1999). Marco para la promoción de salud mental en Europa. Hamina, (STAKES) Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, Finlandia.
- Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (2000). Enfoque de salud pública en la salud mental de Europa. Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud. (STAKES) Ministerio de Asuntos Sociales y Salud.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997). Promoción de la salud mental en la agenda europea. Helsinki, (STAKES), Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud.
- Leighton A, Murphy J (1987). Prevención primaria de los trastornos psiquiátricos. Acta Psychiatrica Scandanavica, Supl. 337:76.
- Levkoff S, MacArthur I, Bucknall J (1995). Salud mental de los ancianos en el mundo en desarrollo. Ciencias Sociales y Medicina, 41(7):983–1003.
- Lochner K, Kawachi I, Kennedy B (1999). Capital social: una guía para su medición. Salud y Lugar, 5:259–270.
- Lomas J (1998). Capital social y salud – implicaciones para la salud pública y epidemiología. Ciencias Sociales y Medicina, 47(9):1181–1188.
- MacMillan HL y otros, (1994a). Prevención primaria del abuso físico y abandono de menores: una revisión crítica: I. Publicación de Psicología y Psiquiatría Infantil y Disciplinas Afines, 35:835–856.
- MacMillan HL y otros, (1994b). Prevención primaria del abuso sexual de menores: Una revisión crítica: II. Publicación de Psicología y Psiquiatría Infantil y Disciplinas Afines, 35:857–876.
- Marmot M (1999). Los hechos sólidos: los determinantes sociales de la salud. Publicación sobre Promoción de la Salud en Australia, 9(2):133–139.
- Marmot MG (1998). Mejoramiento del ambiente social para mejorar la salud. Lancet, 351:57–60.
- McKenzie K, Whitley R, Weich S (2002). Capital social y salud mental. Publicación Británica de Psiquiatría, 181:280–283.
- McKenzie K, Kwame (2000). Capital social y salud mental. Documento presentado en las Interrelaciones de Capital Social con el Taller sobre Salud y Salud Mental; El Banco Mundial, Washington, Julio 17
- McQueen DV, Anderson LM (2001). Lo que cuenta como evidencia: asuntos y debates. En: Rootman y otros, eds. Evaluación en la promoción de la salud: principios y perspectivas. OMS, Publicaciones Regionales, Serie Europea, No. 92:63–81.
- Mendes P (2003). ¿Falta un capítulo? – aspectos de la vida interna de ex-soldados bajo la edad. Documento / comunicación sin publicar
- Mentality (2003). Logrando su efectividad: una guía para la promoción de la salud mental basada en evidencia. Mentalidades radicales – documento informativo 1. Londres, mentality ([www.mentality.org.uk](http://www.mentality.org.uk)).
- MHF (2001). Guías para escuelas mentalmente saludables. Nueva Zelanda, Fundación de Nueva Zelanda para la Salud Mental.

- Michie S, Williams S (2003). Reduciendo los problemas psicológicos relacionados con el trabajo y las ausencias por enfermedad: una revisión sistemática de la literatura. *Medicina Ocupacional y Ambiental*, 60(1):3–9.
- Mrazek P, Haggerty R, eds (1994). *Reduciendo los riesgos de desarrollar trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervenciones preventivas*. Washington, National Academy Press.
- Mulrow C y otros, (1990). Asociación entre impedimento auditivo y la calidad de vida de individuos ancianos. *Publicación de la Sociedad Americana de Geriatría*, 38(1): 45–50.
- Mumford DB y otros, (1997). Estrés y trastornos psiquiátricos en Punjab rural: una encuesta comunitaria. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 170:473–478.
- Murphy HBM (1978). El significado de las puntuaciones en las listas de comprobación de síntomas, en encuestas de salud mental: poniendo muchas hipótesis a prueba. *Ciencias Sociales y Medicina*, 12:67–75.
- Murphy LR (1996). Manejo del estrés en entornos de trabajo: una revisión crítica de los efectos sobre la salud. *Publicación Americana de Promoción de la Salud*, 11:112–135.
- Murray CJL, Lopez AD (1996). *La carga global de la enfermedad: una evaluación integral de la mortalidad y discapacidad causada por las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 1990 proyectada al 2020*. Ginebra, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y Escuela Harvard de Salud Pública.
- Naidoo J, Wills J (2000). *Promoción de la salud: fundamentos para la práctica*. Edinburgo, Harcourt Publishers.
- Equipo de Trabajo de Estrategias Nacionales para la Salud de los Aborígenes (1989). *Una estrategia nacional para la salud aborigen*. Canberra, Departamento de Asuntos Aborígenes, Gobierno de Australia.
- Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud (STAKES) y la Comisión Europea (2000). *Conjunto mínimo de datos sobre indicadores de salud mental en Europa*. Helsinki, Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para Asistencia Social y Salud (STAKES).
- Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (2003). No hay salud sin salud mental. *NYC Vital Signs*, 2(3). ([www.nyc.gov/health/survey](http://www.nyc.gov/health/survey))
- Nutbeam D (2000). Efectividad de la promoción de la salud – las preguntas que se deben responder. En: Un informe de la Unión para la Promoción y Educación de la Salud presentado a la Comisión Europea. *La evidencia de la efectividad de la promoción para la salud: conformando la salud pública en una nueva Europa*, 2da ed. Bruselas-Luxemburgo, Comisión Europea:1–11
- O'Campo P, Rojas-Smith L (1998). La salud de las mujeres y las modificaciones a la asistencia social: revisión de la literatura e implicaciones en la política estatal. *Publicación de Políticas de Salud Pública*, 19(4):420 446.
- OECD (2001). *El bienestar de las naciones. El rol del capital humano y social. Educación y habilidades*. París, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Centro para la Educación e Innovación Educativa.
- Olds D (1997). El Proyecto Prenatal/Infancia Temprana: quince años más tarde. En: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Trabajos de Prevención Primaria*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications:41–67.
- Olds DL (2002). Visitas al hogar realizadas por enfermeros durante la etapa prenatal y la infancia: desde las pruebas aleatorias hasta la duplicación en la comunidad. *Ciencia de Prevención*, 3(3):1153–1172.
- Olds DL y otros, (1998). Efectos a largo plazo de las visitas al hogar realizadas por enfermeros para observar la conducta delictiva y antisocial de los niños: Un seguimiento de 15 años de una prueba aleatoria. *Publicación de la Asociación Americana de Medicina*, 280(8):1238–1244.
- Orley J, Weisen RB (1998). Promoción de la salud mental. *La Publicación Internacional sobre Promoción de la Salud Mental* i, 1:1–4.
- Othaganont P, Sinthuvorakan C, Jensupakarn P (2002). Práctica de vida diaria de ancianos tailandeses satisfechos con la vida. *Publicación de Enfermería Transcultural*, 13: 24–29.
- Parkar SR, Fernandes J, Weiss MG (2003). Contextos en la salud mental: experiencias de género en un barrio pobre de Mumbai. *Antropología y Medicina*, 10:291.
- Patel V (1998). Las políticas de alcoholismo en la India. *Publicación Británica de Medicina*, 316:1394–1395.
- Patel V (2001). Pobreza, desigualdad y salud mental en países en desarrollo. En: Leon D, Walt G, eds. *Pobreza, desigualdad y salud*. Oxford, Oxford University Press: 247–262.
- Patel V, Kleinman A (2003). Pobreza y trastornos mentales comunes en países en desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 81:609–615.
- Patel V, Prince M (2001). El envejecimiento y la salud mental en países en desarrollo: ¿a quién le importa? Estudios cualitativos de Goa, India. *Medicina Psicológica* 31: 29–38.
- Patel V, Rodrigues M, De Souza N (2002). Género, pobreza y depresión posparto: un estudio de grupos de iguales características, realizado en Goa, India. *Publicación Americana de Psiquiatría*, 159:43–47.
- Patton G y otros, (2003). ¿Cambiando las escuelas, cambiando la salud? Diseño e implementación del Proyecto Gatehouse. *Publicación de Salud de Adolescentes*, 33(4):231–239.

- Price R, Kompier M (en prensa). Estrés laboral y desempleo: riesgos, mecanismos y prevención. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevención de los trastornos mentales: una sinopsis sobre estrategias y programas basados en evidencia*. Oxford, Oxford University Press.
- Price RH y otros, (1988). *Catorce onzas de prevención: un diario para profesionales de la salud*. Washington, Asociación Americana de Psicología.
- Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD (1992). Impacto que una intervención para ayudar a la búsqueda de trabajo ejerce sobre la probabilidad de depresión entre las personas desempleadas. *Publicación de Salud y Conducta Social*, 33:158–167.
- Puska P (2002). Prevención exitosa de enfermedades no transmisibles: experiencias de 25 años con el Proyecto Carelia del Norte en Finlandia. *Salud Pública y Medicina*, 4(1):5–7.
- Putnam R (1995). “Bowling alone”: Descenso del capital social en los EUA. *Publicación de Democracia*, 6(1):65–78.
- Putnam R (2001). Capital social. Medición y consecuencias. *ISUMA – Publicación Canadiense de Investigación de Políticas*, Spring:4–51.
- Pyne HH, Claeson M, Correia M (2002). *Dimensiones del consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol en América Latina y el Caribe, de acuerdo al género*. Documento de Discusión No. 433. Washington, El Banco Mundial.
- Raeburn J, Rootman I (1998). *Promoción de salud enfocada en las personas*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Reid JB y otros, (1999). Descripción e impactos inmediatos de una intervención preventiva para problemas de conducta. *Publicación Americana e Psicología Comunitaria*, 27:483–517.
- Rose G (1992). *La estrategia de medicina preventiva*. Oxford, Oxford University Press.
- Rutter M (1985). Resiliencia ante la adversidad. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 147:598–561.
- Rutter M (2003). Pobreza y salud mental infantil: experimentos naturales y causación social. Editorial. *JAMA*, 290:2063–2064.
- Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN (1986). Apoyo social como una variable de diferencia individual: su estabilidad, orígenes y aspectos relacionales. *Publicación de Psicología Social y de la Personalidad*, 50:845–855.
- Sartorius N (1990). Prefacio. En: Goldberg D, Tantam D, eds. *El impacto de la salud pública en los trastornos mentales*. Toronto, Hogrefe y Huber.
- Sartorius N (1998). Estrategias universales para la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental. En: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Prevención de la enfermedad mental: promoción en atención primaria*. Chichester, John Wiley:61–67.
- Sartorius N (2003). Capital social y salud mental. *Opinión Actual en Psiquiatría*, 16 (Suppl. 2): S101–S105.
- Scheier MF, Carver CS (1992). Efectos del optimismo en el bienestar psicológico y físico: sinopsis teórica y actualización empírica. *Terapia Cognitiva e Investigación*, 16(2):201–228.
- Schmolke M (2003). Descubriendo la salud positiva en el paciente esquizofrénico. Un estudio de orientación salutogenética. *Verhaltenstherapie*, 13:102–109.
- Schweinhart L, Weikart D (1997). Estudio de comparación de alto alcance, del plan de estudios preescolar, hasta la edad de 23 años. *Publicación Trimestral de Investigaciones en la Primera Infancia*, 12(2): 117–143.
- Seedhouse D (1986). Salud: una preocupación universal. *Tiempos de Lactancia*, 82:36–38.
- Semmer NK (2003). Intervenciones para el estrés laboral y organización del trabajo. En: Quick JC, Tetrick LE, eds. *Manual de psicología de salud ocupacional*. Washington, Asociación Americana de Psicología: 325–354.
- Shaw C, McKay H (1942). *Delincuencia juvenil y áreas urbanas*. Chicago, University of Chicago Press.
- Shediac-Rizkallah MC, Bone LR (1998). Planificación para la sostenibilidad de programas de salud con base comunitaria: marcos conceptuales y direcciones futuras para investigación, práctica y políticas. *Investigación sobre Educación de la Salud*, 13:87–108.
- Shiell A, Hawe P (1996). Promoción de la salud, desarrollo comunitario y la tiranía del individualismo. *Economía de la Salud*, 5:241–247.
- Silverman PR (1988). De viuda a viuda: un programa de ayuda mutua para las viudas. En: Price y otros, eds. *14 onzas de prevención: un diario para profesionales de la salud*. Washington, Asociación Americana de Psicología: 175–186.
- Stephens T, Dulberg C, Joubert N (1999). Salud mental en la población canadiense: un análisis integral. *Enfermedades Crónicas en Canadá*, 20(3): 118–126.
- Stevens N, van Tilburg T (2000). Estimulando la amistad en los últimos años de la vida: una estrategia para disminuir la soledad en las ancianas. *Gerontología Educativa*, 26(1):15–35.
- Sturm R (1999). ¿Qué tipo de información se requiere para informar las políticas de salud mental? *Publicación de Políticas y Economía de Salud Mental*, 2:141–144.
- Sundar M (1999). Suicidio en agricultores de la India [carta]. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 175:585–586.

- Suomi S (2002). Evidencia de interacciones de las condiciones genéticas en pruebas de laboratorio en primates. Presentación en el Simposio de la Universidad de Johns Hopkins. La Intersección de Genómicos y Envirómicos, Universidad Johns Hopkins, Escuela Bloomberg de Salud Pública, Baltimore, Maryland.
- Susser M, Susser E (1996). Escogiendo un futuro para la epidemiología: II. De la caja negra a las cajas chinas y eco-epidemiología. *Publicación Americana de Salud Pública*, 86(5):674–677.
- Syme SL (2003). Intervenciones psicosociales para mejorar las condiciones de salud en el proceso de envejecimiento. *Anales de Medicina Interna*, 139:400–402.
- Tang KC, Ehsani J, McQueen D (2003). Promoción de la salud basada en evidencia: recopilaciones, reflexiones y reconsideraciones. *Publicación de Epidemiología y Salud Comunitaria*, 57:841–843.
- Thomson H, Petticrew M, Douglas M (2003). Evaluación del impacto del mejoramiento de las condiciones de la vivienda en la salud: Incorporando la evidencia de la investigación. *Publicación de Epidemiología y Salud Comunitaria*, 57:11–16.
- Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Intervenciones en la vivienda y la salud – una revisión sistemática. *Publicación Británica de Medicina*, 323:187–190.
- Tobler NS (1992). Los programas de prevención del uso de drogas pueden ser efectivos: hallazgos de las investigaciones. *Publicación sobre Enfermedades Adictivas*, 11:1–28.
- Tobler NS y otros, (1999). Efectividad de los programas realizados en las escuelas para la prevención del uso de marihuana. *Escuela Internacional de Psicología*, 20:105–137.
- Tobler NS, Stratton HH (1997). Efectividad de los programas realizados en las escuelas para la prevención del uso de sustancias: un meta-análisis de la investigación. *Publicación de Prevención Primaria*, 18:71–128.
- Tomlinson M (2001). Una Mirada crítica a la diversidad cultural y atención de infantes. *Sinergia, Red Transcultural de Australia para la Salud Mental*, Winter:3–5.
- Tones K, Tilford S (2001). *Promoción de la salud: efectividad, eficiencia y equidad*. Cheltenham, Nelson Thornes Ltd.
- Tout K (1989). *El envejecimiento en los países en desarrollo*. Oxford, Oxford University Press.
- Tuthill D y otros, (1999). Consumo de cigarrillo de madres embarazadas y el resultado en el embarazo. *Epidemiología Pediátrica y Perinatal*, 13(3):245–253.
- Underwood-Gordon LG (1999). Un modelo funcional de salud: la espiritualidad y religiosidad como recursos: aplicaciones a personas con discapacidad. *Publicación de Religión, Discapacidad y Salud*, 3(3):51–71.
- UNICEF (2002). *UNICEF Informe Anual 2002*. Nueva York, UNICEF.
- Vaillant G (2003). Salud Mental. *Publicación Americana de Psiquiatría*, 160:1373–1384.
- Valdez-Menchaca M, Whitehurst G (1992). Acelerando el desarrollo del lenguaje mediante lectura de libros con imágenes: una extensión sistemática para la atención diurna de la salud en México. *Psicología Evolutiva*, 28(6):1106–1114.
- Van der Klink y otros, (2001). Los beneficios de las intervenciones para el estrés relacionado con el trabajo. *Publicación Americana de Salud Pública*, 91(2):270–276.
- VicHealth (1999). *Documento base del plan para la promoción de la salud mental mental 1999–2002*. Carlton South, Victoria, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud.
- Villar J y otros, (1992). Una prueba aleatoria de apoyo psicosocial durante embarazos de alto riesgo. *Publicación de Medicina, Nueva Inglaterra*, 327(18):1266–1271.
- Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoción de la salud mental y el bienestar. En: Moodie R, Hulme A (eds). *Práctica de promoción de la salud*. Melbourne, IP Communications.
- Weare K (2000). *Promoción de la salud mental, emocional y social: un enfoque escolar integral*. Londres, Routledge.
- Wethington E, Brown G, Kessler R (1995). Medida de los eventos de estrés a través de la entrevista. En: Cohen S, Kessler R, Underwood GL, eds. *Midiendo el estrés*. Nueva York, Oxford University Press: 59–79.
- OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, USSR, Sep 6–12*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud
- OMS (1986). *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1996). *Promoviendo la salud a través de las escuelas. La iniciativa global de la OMS para la salud escolar*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1997). *Educación de destrezas vitales en las escuelas*. Ginebra, Programa sobre Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1997a). *Alianzas por la salud en el siglo XXI: 2+2=5*. Documento de trabajo de la Conferencia sobre alianzas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud: HPR/HEP/4ICH/P/PT/97.1.
- OMS (1998). *Glosario de la promoción de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1998a). *Evaluación de la promoción de la salud: recomendaciones a los diseñadores de políticas*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, EURO.

- OMS (1999). *Un vínculo decisivo: intervenciones para el crecimiento físico y desarrollo infantil*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000). *El informe mundial de salud 2000 – sistemas de salud: mejorando el funcionamiento*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2000a). *Salud mental de las mujeres: una revisión basada en evidencia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud: WHO/MSD/MHP/00.1.
- OMS (2001). *Documentos básicos*. 43a Edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud:1.
- OMS (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, No. 220).
- OMS (2001b). *Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. El Informe Mundial de Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001c). *Atlas: recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002). *Prevención y promoción en salud mental. Salud mental: evidencia e investigación*. Ginebra, Departamento de Salud Mental y Adicción a Sustancias.
- OMS (2002a). *Informe mundial sobre violencia y salud: compendio*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002b). *25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Publicación sobre Salud y derechos humanos, serie No. 1).
- OMS (2003). *Inversión en Salud Mental*. Ginebra, Organización mental de la Salud.
- OMS (2003a). *OMS convención marco sobre control del tabaco*. Asamblea Mundial de Salud ([www.who.int/tobacco/fctc/text/final](http://www.who.int/tobacco/fctc/text/final)).
- OMS (2003b). *Salud mental en emergencias*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2003c). *Creando un ambiente para el bienestar emocional y social*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Grupo WHOQOL (1995). La Evaluación sobre Calidad de Vida, Organización Mundial de la Salud (WHOQOL): sinopsis de la Organización Mundial de la Salud. *Ciencias Sociales y Medicina*, 41: 1403–1409.
- Wilkinson R, Marmot M (1998). *Los hechos sólidos: determinantes sociales de la salud*. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa.
- Windsor R y otros (1993). La diseminación de los métodos para la eliminación del hábito de fumar en mujeres embarazadas: alcanzando los objetivos del año 2000. *Publicación Americana de Salud Pública*, 83(2):173–178.
- Woolcock M (1998). Capital social y desarrollo económico: hacia una síntesis teórica y un marco de política. *Teoría y Sociedad*, 27(2): 151–208.
- Banco Mundial (2000). *Informe mundial de desarrollo: atacando la pobreza*. Oxford, Oxford University Press.
- Banco Mundial (2004). Capital Social, sitio Internet: ([www.worldbank.org/poverty/scapital](http://www.worldbank.org/poverty/scapital)).
- Wu Z y otros (2002). Prueba de base comunitaria para prevenir el uso de drogas en los jóvenes de Yunnan, China. *Publicación Americana de Salud Pública*, 92:1952–1957.
- Wyn J y otros (2000). MindMatters, un enfoque en la escuela como un todo para promover la salud mental y el bienestar. *Publicación de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda*, 34:594–601.
- Yoshikawa H (1994). La prevención como una protección acumulativa: efectos del apoyo familiar temprano y educación sobre delincuencia crónica y sus riesgos. *Boletín de Psicología*, 115:28–54

# Promoción de la Salud Mental

La promoción de la salud mental es una idea desconocida para mucha gente. Las personas en el campo de la salud pública y la promoción de la salud pueden no darse cuenta de las posibilidades para la promoción de la salud mental, debido a que para ellas los conceptos de salud mental y enfermedad mental son ambiguos. La incorporación de la salud mental en la promoción de la salud permite que se apliquen las energías a la promoción de la salud y la salud pública para concentrarse en forma más efectiva en esta área, y permite un mejor entendimiento entre los grupos profesionales acerca de los enfoques y razonamientos específicos.

La salud mental se puede mejorar a través de la acción colectiva de la sociedad. Para mejorar la salud mental se requieren políticas y programas de mayor cobertura, así como también actividades específicas en el área de la salud relacionadas con la prevención y tratamiento de los problemas de salud.

Con la frase, "Sin salud mental no hay salud", la disertación sobre salud pública ahora incluye la salud mental, en su sentido positivo, al igual que la enfermedad mental.

De la misma forma en que el enfoque en salud pública y salud de la población se establecen en otras áreas, tales como la salud cardíaca y el control del tabaco, así también se está entendiendo mejor el concepto de "Salud mental es asunto de todos".

Este Informe Compendiado ofrece:

- un análisis de los conceptos de salud mental y promoción de la salud mental, y una descripción de la relación entre salud mental y enfermedad mental;
- un razonamiento sobre el lugar que ocupa la promoción de salud mental dentro de la salud pública, junto a la prevención de la enfermedad mental y el tratamiento y rehabilitación de las personas que viven con enfermedades mentales y discapacidades relacionadas;
- las diferentes perspectivas que se abren cuando se considera la salud mental como un asunto de salud pública, los tipos de evidencia que existen en esta área y la factibilidad de las estrategias para la promoción de la salud mental;
- ejemplos de las posibles intervenciones y la responsabilidad de los distintos sectores; y
- un avance en las actividades que pudieran emprenderse inmediatamente dentro de una variedad de entornos de recursos.

ISBN 92-4-159159-5



