



Simposio

Salud Mental en tiempos de crisis (2024)

PRIMERA PARTE

Mental Health in times of crisis (2024)

FIRST PART

Salud Mental Global: Enfoques, Crisis e Impacto

Global Mental Health: Approaches, Crisis, and Impact

Inés Bustamante¹, Sakiko Yamaguchi²

Resumen

Objetivos: Reflexionar sobre la evolución de los enfoques de Salud Mental Global (SMG) en los últimos quince años y su aplicación a políticas y servicios, particularmente en Latinoamérica. Describir y explicar las crisis mundiales que la han impactado y los desafíos que representan para los países de la subregión. **Temas abordados:** A medida que los discursos y enfoques en SMG evolucionaron para centrarse más en los determinantes sociales de la salud mental y materializar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, las comunidades cobraron creciente importancia en los sistemas de salud mental de América Latina. Sin embargo, crisis globales como la pandemia COVID-19 y el cambio climático demostraron que la salud mental de las poblaciones vulnerables, incluidas las personas con enfermedades mentales y las poblaciones de zonas rurales e indígenas, se vieron desproporcionadamente afectadas, exacerbando las desigualdades ya existentes en el acceso a atención y servicios adecuados. Por otro lado, la cultura es un factor crítico a considerarse en las respuestas locales al sufrimiento y a procesos de sanación ante las crisis. **Conclusiones:** Existe la necesidad de priorizar la equidad e inclusión en el cuidado de la SMG. Las crisis globales y regionales que la afectan significativamente hacen de las personas y comunidades afectadas una valiosa fuente de conocimiento e información para el desarrollo de enfoques y prácticas innovadoras que promuevan un acceso equitativo a la atención de salud. Es por ello muy importante reconocer sus formulaciones y planteamientos.

Palabras clave: Salud mental, COVID-19, cambio climático, equidad en salud.

Abstract

Objectives: Reflect on the evolution of global mental health (GMH) approaches in the last fifteen years and their application to policies and services, particularly in Latin-American. Describe and explain mental health impacts of the worldwide crisis and the challenges that they represent for the countries of the sub region. **Topics addressed:** As discourses and approaches in GMH evolved to focus more on social determinants of mental health and materialize the Sustainable Developmental Goals, communities become increasingly important in Latin-American mental health systems. However, global crises such as the COVID-19 pandemic and climate change demonstrated that the mental health of vulnerable populations, including people with mental illness and rural and indigenous populations, were disproportionately affected, exacerbating already existing inequalities in access to appropriate care and services. On the other hand, culture is a critical factor to be considered in local responses to suffering and healing processes in the face of crises. **Conclusions:** There is a need to prioritize equity and inclusion in GMH care. The global and regional crises that bring significant impacts on it make the affected people and communities a valuable source of knowledge and information for the development of innovative approaches and practices that promote an equitable access to health care. Therefore, it is important to recognize their voices in formulations and approaches.

Keywords: Mental health, COVID-19, climate change, health equity.

¹Psicóloga, Ph.D. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración, Lima, Perú. ID ORCID: 0000-0002-5600-1585. ²Investigadora, Ph.D. Universidad de McGill, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Montreal, Canadá. ID ORCID: 0000-0003-1905-3244.

Introducción

El campo de la Salud Mental Global (SMG) ha evolucionado a través del tiempo, incorporando diferentes paradigmas epistemológicos. El conocimiento global es maleable y produce prácticas abiertas y variadas⁽¹⁾ que dificultan una conceptualización inequívoca⁽²⁾. Algunos autores definen SMG a partir de la salud global, como un área de investigación y práctica que tiene por objetivo mejorar la salud y la equidad en salud a nivel mundial⁽³⁾. Otros enfatizan como su objetivo el aliviar el sufrimiento mental a través de la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades en el mundo y, finalmente, hay también quienes indican que lo global se refiere al alcance de los problemas y no a su localización⁽⁴⁾.

En suma, se prioriza la investigación en la SMG para la generación de evidencias que sean útiles para el desarrollo de políticas e intervenciones, pero también para una práctica en la que se ponga de relieve la promoción de la salud mental que incorpore a la comunidad, y al *continuum* del cuidado, que comprende además la prevención y el tratamiento.

En las definiciones de SMG, si bien hay un énfasis en los trastornos mentales y en la experiencia subjetiva del sufrimiento mental, también los enfoques más recientes consideran el bienestar como parte de un continuo proceso bienestar - enfermedad⁽²⁾.

El vínculo SMG-equidad cobró importancia a partir del concepto de la carga global de enfermedad y de los resultados de su estimación epidemiológica que demostraron que los desórdenes neuropsiquiátricos son los que más contribuyen a los años de vida perdidos por mortalidad o discapacidad. Antes de la carga global de enfermedad, lo que guiaba la toma de decisiones cuando se utilizaba la epidemiología eran únicamente los estimados de prevalencia, incidencia y tasa de letalidad de las enfermedades, por lo que los desórdenes mentales no eran comparables en magnitud, por ejemplo, a las infecciones respiratorias agudas en infantes. Otro hecho que otorgó relevancia a SMG y equidad fue el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que mostró serias inequidades en el acceso al tratamiento, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. Por esta razón, la atención a la llamada “brecha del tratamiento” en salud mental pasó a ser una prioridad en la agenda de la OMS⁽²⁾.

El objetivo fundamental de este artículo es reflexionar, a punto de partida de una revisión bibliográfica, sobre la evolución de los enfoques de SMG en los últimos quince años y su aplicación a políticas y servicios, con énfasis en Latinoamérica. Asimismo, se describirán y explicarán las crisis mundiales que han impactado en la salud mental global, específicamente la pandemia de COVID-19 y el cambio climático, es decir, los desafíos que estas crisis implican para la respuesta de los países afectados.

1. Panorama general de la evolución de SMG en los últimos 15 años

1.1 Debate polarizado ante el surgimiento del movimiento de Salud Mental Global

El concepto de “brecha de tratamiento” y la inequidad en el acceso a servicios adecuados de salud mental fueron utilizados para movilizar los esfuerzos globales basados en la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos⁽⁵⁾. Por ejemplo, la brecha de tratamiento por morbilidad mental, que utilizó los criterios del CIE-10 en la India, se calculó que era 84.4% a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en el bienio 2015 - 2016⁽¹⁶⁾. No solo se consideró la falta de provisión de servicios de salud mental, pero también el fracaso en satisfacer las necesidades humanas básicas y en el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos, i.e., el manejo de los grilletes y encadenamientos, que fueron descritos como “el fracaso moral de la humanidad”^(7,8). De esta manera el desarrollo de una estrategia de salud mental global para promover tratamientos basados en evidencia se convirtió en una prioridad ética fundamental^(8,9).

Desde el lanzamiento del Movimiento por la Salud Mental Global en el 2008, los enfoques, la agenda y los esfuerzos en este campo han evolucionado dramáticamente. Si bien SMG representó un llamado a la acción para escalar o expandir las intervenciones de salud mental basadas en evidencia en países de bajos y medianos ingresos a fin de satisfacer las necesidades de la brecha de tratamiento^(3,8), los críticos de este movimiento han desafiado los supuestos subyacentes y la aplicación universal de conceptos, categorías y tratamientos de procedencia occidental⁽⁵⁾.

En efecto, la evidencia generada a través de ensayos controlados aleatorizados y de meta-análisis llevados a cabo en países de altos ingresos, así como la estricta aplicación del modelo biomédico fueron fuertemente criticados como una exportación “de arriba hacia abajo” (*top-down*) del modelo occidental de la enfermedad mental, la medicalización del sufrimiento social^(10,13).

Los propulsores iniciales de esta concepción de la SMG también promovieron el escalamiento o expansión de intervenciones basadas en evidencia a través de la transferencia de tareas (*task-shifting*) mediante la capacitación de trabajadores no especializados^(3,8). No obstante, los críticos sugirieron que el enfoque de SMG que enfatiza los servicios profesionales de salud mental supone que los tratamientos estándar pueden ser universalmente aplicables en todas las culturas tras una adaptación mínima. Asimismo, se planteó la preocupación de que una variedad de opciones de tratamiento que incluían enfoques indígenas de ayuda y sanación pudieran ser ignoradas o marginadas^(5,10,11,14).

Según Kirmayer 2012⁽¹⁵⁾, la respuesta local al sufrimiento se encuentra profundamente arraigada en los

sistemas culturales de significado y salud, por lo que los críticos argumentaron que el no considerar la cultura y el contexto social en la SMG puede tener efectos multifacéticos negativos a nivel de la atención individual, de las comunidades, de las poblaciones y del sistema de salud en general⁽⁵⁾.

1.2 Cambiando el discurso de la SMG: Del modelo biomédico a los objetivos de desarrollo sostenible y los Determinantes Sociales de la Salud

a. Inequidades

El debate polarizado discutido arriba cambió significativamente desde que la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible reformuló la agenda de estas áreas de estudio. En la lógica de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los individuos se sitúan en un espectro o *continuum* que se desplaza desde el bienestar a la discapacidad severa, por lo que se aleja de modelos binarios básicamente fundamentados en clasificaciones biomédicas⁽¹⁶⁾.

Además de la necesidad de considerar la diversidad y la complejidad de las necesidades de salud mental de los individuos y de las poblaciones, la Comisión Lancet llama la atención sobre el rol de la inequidad y de crisis sociales tales como pandemias, guerras y conflictos, la violencia, las migraciones y las consecuencias del cambio climático sobre la salud mental. Asimismo, dado que muchos ODS se encuentran estrechamente vinculados a una variedad de estos determinantes sociales, su consecución tiene el potencial de reducir la carga global de los trastornos mentales y promover, al mismo tiempo, la salud mental⁽¹⁶⁾.

Al ampliarse el concepto de salud y de trastorno mental en relación a los ODS propuestos por las Naciones Unidas, la salud mental es considerada como un bien público global, central al concepto de capital humano para acelerar el logro de varios de ellos⁽¹⁶⁾. No obstante, algunos críticos argumentan que se trata de lentes o perspectivas neoliberales, que consideran a la salud mental como motor de la riqueza de las naciones a partir de un modelo económico, proceso que puede seguir dando como resultado intervenciones tecnocráticas y patologizantes alineadas con valores neoliberales^(1,17).

Más aún, en el enfoque de la Comisión Lancet de los determinantes sociales, el individuo sigue siendo el principal foco de angustia ("*distress*") en este marco social. Los críticos argumentan que la perspectiva de la Comisión presenta una tendencia reduccionista que "limita lo social a una serie de factores discretos que pueden aislarse, agregarse o eliminarse, y que ocurren a nivel del individuo y/o su comunidad". Por lo tanto, existe el riesgo de localizar el problema estructural en los comportamientos individuales, en lugar de abordar los obstáculos sistémicos para un cambio social más amplio⁽¹⁷⁾.

b. Más allá del modelo biomédico: Importancia de la cultura en los determinantes sociales de la salud

Como se ha señalado en párrafos anteriores, el replanteamiento de la salud mental por parte de la Comisión Lancet dirigió la atención hacia los determinantes sociales de salud cuyo abordaje requiere, de manera crucial la consideración de la cultura. La respuesta local al sufrimiento no necesariamente depende únicamente del acceso a los servicios, a los medicamentos y a la atención profesional; está sumamente integrada a los sistemas culturales de significado y de curación o sanación, que constituyen una parte única del tejido religioso y moral de los miembros de las familias, las comunidades y las sociedades⁽⁵⁾. A pesar del creciente reconocimiento de la importancia de la cultura y el contexto, en línea con este llamado, su aplicación sigue siendo limitada en muchos entornos^(18,19).

Desde el enfoque o aproximación de la ya mencionada transferencia de tareas, se ha capacitado y movilizado a trabajadores no especializados en salud y a trabajadores comunitarios para brindar tratamientos costo-efectivos basados en evidencia científica⁽³⁾. No obstante, algunos críticos, señalan que incluso cuando las intervenciones psicológicas han sido adaptadas culturalmente en los países de bajos y medianos ingresos, el sesgo occidental prevalece dado que estas intervenciones se brindan de manera individual y no colectiva, más característica de grupos humanos comunitarios o colectivos⁽²⁰⁾.

Además, la aproximación de SMG con respecto al escalamiento o extensión de las intervenciones asume que lo "global" a menudo se valora más que lo "local", por lo que no se logra empoderar a los actores locales, ni profundizar en las competencias comunitarias existentes^(9,21). Como consecuencia, el rol y la participación de curanderos tradicionales y de métodos indígenas de sanación siguen siendo marginados⁽²⁰⁾.

1.3 Colaboración: Norte Global versus Sur Global

Con el surgimiento del movimiento en favor de la SMG, se cuestionó y crítico también la naturaleza de la colaboración entre el Norte Global y el Sur Global para la producción de conocimientos⁽¹⁰⁾. Diversos actores, tales como investigadores, profesionales de la salud mental, formuladores de política y organizaciones no gubernamentales (ONG) e individuos en diversas comunidades continúan respondiendo al sufrimiento mental para mejorar la calidad de vida, aprovechando los discursos y prácticas de salud mental en actuales periodos de desarrollo⁽¹⁾.

A pesar del llamado a la "mutualidad" que tiene por objetivo la producción de un conocimiento más equitativa, la necesidad de un aprendizaje mutuo sigue sin satisfacerse⁽²²⁾. El desequilibrio del poder estructural entre el Norte Global y

el Sur Global persiste en el financiamiento y en la generación del conocimiento, lo que lleva a incluir sistemáticamente algunas voces y excluir a otras^(22,23).

Benedetto Saraceno, uno de los ex-directores de la Unidad de Salud Mental de la OMS, afirmó que el discurso de salud mental todavía sigue siendo influenciado por centros académicos, ubicados en países de altos ingresos⁽²⁴⁾. Este panorama de un financiamiento en el que los países de altos ingresos establecen las prioridades, usualmente excluye a las organizaciones comunitarias de países de bajos y medianos ingresos que mantienen una estrecha y singular sintonía con las necesidades y realidades de los grupos humanos a los que sirven^(22,25).

1.4 Los enfoques de SMG en políticas y servicios en Latinoamérica

En los últimos quince años y en el marco del Programa de Acción Mundial para Superar las brechas en Salud Mental (mhGap), promovido por la OMS, se ha impulsado en América Latina la creación o fortalecimiento de servicios comunitarios de atención a usuarios con este tipo de problemas. El mhGap tiene como propósito fundamental el fomento de un aumento sustancial de recursos financieros y humanos por parte de gobiernos e instituciones importantes a efecto de mejorar el acceso a la atención en salud mental en países de bajos y medianos ingresos con la finalidad de reducir las brechas existentes⁽²⁶⁾.

Cabe resaltar que la aplicación de este enfoque comunitario, se remonta a la década de los años noventa y que la implementación de reformas psiquiátricas ha sido un proceso de desarrollo heterogéneo⁽²⁷⁾. Brasil fue el primer país latinoamericano en establecer una política de salud mental cuyo principal propósito fue reemplazar el modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico con un modelo que incluyera servicios basados en la comunidad, y que garantizara la vigencia de los derechos humanos de los usuarios⁽²⁸⁾. Esta política se ha implementado en las últimas tres décadas en el país⁽²⁸⁾, aunque con algunos retrocesos que incluyeron una contrarreforma entre los años 2016 y 2019⁽²⁹⁾.

En Chile, donde el 74% de la población se atiende en el sistema público, se ha integrado al mismo el modelo de atención comunitaria en las últimas tres décadas. Se ha logrado así reducir el rol de los hospitales psiquiátricos e incrementar la atención en establecimientos comunitarios y de atención primaria de salud⁽³⁰⁾. Para tal fin fue fundamental el compromiso político que se tradujo en adecuada asignación presupuestal. El presupuesto establecido para los hospitales psiquiátricos se redujo de 74% a 21% y para los servicios comunitarios se incrementó a 79% en este período⁽³⁰⁾.

En el caso del Perú, si bien los cambios en la legislación ocurrieron desde el 2004, en el 2012 se inició la

implementación de los centros de salud mental comunitaria y, en el 2014, fue crucial la creación del presupuesto basado en resultados para el control y la prevención en salud mental (PpR 0131) por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)⁽³¹⁾. El PpR 0131 demostró un compromiso con la reforma cuando el MEF otorgó al Ministerio de Salud un presupuesto de 78 millones de soles (aproximadamente 20 millones de dólares) para la implementación del modelo de salud mental comunitario en el año fiscal del 2015⁽³²⁾ y extendido a un período de diez años. Anteriormente, la asignación presupuestal a salud mental representaba el 0.27% del presupuesto de salud y el 98% de tal presupuesto de salud mental se asignaba a los hospitales psiquiátricos⁽³³⁾. Si bien varios países latinoamericanos han materializado medidas similares en favor de la salud mental comunitaria, hay todavía algunos, particularmente en la región andina, que mantienen el modelo cimentado en hospitales psiquiátricos y en la atención en establecimientos de salud del tercer nivel de atención⁽³¹⁾.

Por otro lado, aún en los países que han implementado servicios basados en la comunidad, se encuentran barreras como la capacitación del personal para entender el modelo comunitario⁽³¹⁾ y brindar atención en salud mental, los recursos financieros, la dificultad de implementar abordajes interdisciplinarios y redes integradas de salud⁽³⁴⁾. En el primer nivel de atención, desde la estrategia de atención primaria, se evidencian desafíos tales como la incomodidad del personal de salud en relación al manejo de trastornos mentales y su tendencia a referir a los usuarios a otras dependencias de atención⁽³⁵⁾, además de la falta de conocimiento y competencia de los profesionales de atención primaria en el manejo de trastornos mentales⁽³⁶⁾. La capacitación de los equipos de salud en el mhGAP y la incorporación de psiquiatras y psicólogos, fueron estrategias que favorecieron la integración de la salud mental en la atención primaria de salud a través de los servicios comunitarios en Chile por ejemplo⁽³⁰⁾.

Existe evidencia de que el modelo de atención basado en la comunidad mejora la eficiencia en el uso de los recursos, tiene un mayor alcance geográfico y cobertura, e incluye intervenciones psicosociales⁽³⁷⁾. Contribuye, por lo tanto, a reducir las inequidades en el acceso a la atención en salud mental. Asimismo, tiene el potencial de convertir a la comunidad en protagonista en varios procesos de la atención en salud mental⁽³⁸⁾ y de incorporar el componente sociocultural e histórico relacionado a la concepción comunitaria de las localidades en los servicios e intervenciones que se brindan.

Con respecto al protagonismo de la comunidad, a pesar de que la concepción de salud mental en varias de las políticas nacionales, resalta este protagonismo de las poblaciones, la implementación de los servicios en Latinoamérica, en cuanto a recursos, estrategias y acciones se fundamentan aún significativamente en el modelo biomédico que prioriza únicamente el diagnóstico y

tratamiento de los trastornos mentales⁽³⁹⁾. El cuerpo se “medicaliza”⁽⁴⁰⁾, no se concibe a las personas como un todo que considere e incluya las dimensiones biopsicosociales y espirituales⁽³⁵⁾, y se deja de lado aspectos como la construcción social, cultural e histórica de las concepciones de salud mental, de la enfermedad y de la sanación, todo lo cual impacta negativamente la organización de los servicios. Asimismo, la participación de los usuarios y sus familias es incipiente, incluso en países con una trayectoria importante en la implementación del modelo comunitario para la atención en salud mental, como Brasil⁽⁴¹⁾ y Chile⁽³⁰⁾.

La hegemonía del modelo biomédico en la concepción, la atención y la organización de los servicios de salud mental no ha favorecido la implementación de acciones a nivel local que reduzcan las inequidades en la prevalencia de problemas de salud mental y de su atención en las personas más vulnerables, desde la perspectiva de los determinantes sociales y los objetivos de desarrollo sostenible. Si bien se menciona la promoción de la salud como un campo de intervención, el énfasis y los recursos en su mayoría se asignan al tratamiento, y no se cuenta con una perspectiva interdisciplinaria que es clave para las acciones de promoción de la salud que favorezcan el protagonismo de la comunidad.

América Latina y el Caribe constituyen la región más inequitativa del mundo: el 10% de los que ganan más en promedio tienen más de 12 veces que el 10% más pobre⁽⁴²⁾. Asimismo, las personas que viven en zonas rurales tienden a encontrarse fuera del alcance de las políticas públicas de salud mental⁽⁴³⁾. Además, las inequidades sociales actúan en la intersección de etnicidad, migración, género y clase socioeconómica⁽⁴⁴⁾. La violencia, la inequidad de género, y la desigualdad económica afectan la salud mental⁽⁴⁵⁾. En un estudio de revisión publicado este año, Sánchez et al. encontraron en adolescentes de Latinoamérica y el Caribe⁽⁴⁴⁾, una clara asociación entre inequidad social y resultados adversos en salud mental, incluyendo dificultades en el acceso a la atención en salud.

Finalmente, con respecto a la colaboración Norte Global/Sur Global, se han implementado grupos de investigación tales como la Red Regional de Investigación en Salud Mental en Latinoamérica (RedeAmérica) y la red latinoamericana de tratamiento e innovación en salud mental (LATIN-MH), ambas financiadas por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU.⁽⁴⁶⁾. Por ejemplo, la LATIN-MH tiene como propósito el desarrollo de capacidades, el establecimiento de alianzas estratégicas con otras disciplinas y la integración del manejo de la salud mental en el contexto de la atención primaria y de los sistemas comunitarios de salud⁽⁴⁶⁾. No obstante, la colaboración sigue un modelo unidireccional, en el que se replican y adaptan modelos del norte sin consideración de las concepciones culturales e históricas de las comunidades con respecto a la salud mental y a su atención, i.e., la naturaleza colectiva y comunitaria de la organización social.

2. Crisis y Salud Mental Global

Una variedad de eventos y crisis globales/regionales han impactado la salud mental y el bienestar de la población. Acontecimientos como la pandemia por COVID-19, los conflictos geo-políticos, y el cambio climático han exacerbado las inequidades en la salud mental global⁽⁴⁷⁾. Por ejemplo, en Colombia, marcada por cinco décadas de conflictos armados, las personas expuestas al conflicto, no solo tenían un riesgo considerablemente mayor de sufrir trastornos mentales, si no también de experimentar inequidades socioeconómicas⁽⁴⁸⁾. Asimismo, las poblaciones de zonas rurales pobres fueron desplazadas a las zonas aún más pobres de las ciudades, enfrentando muchas barreras para recuperar su bienestar socioeconómico debido a menores oportunidades de trabajo que resultaron en desigualdades regionales pronunciadas⁽⁴⁸⁾.

En el escenario global actual donde diferentes eventos que ocurren de manera imprevista a nivel político, social y ambiental afectan de manera desproporcionada a la población, se reanuda constantemente el llamado a abordar las inequidades sociales existentes incorporando las realidades culturales, sociales y económicas en la investigación y en los programas de salud mental⁽⁴⁹⁾.

2.1 COVID-19 y Salud Mental Global

La reciente emergencia de salud pública por la pandemia de COVID-19 ha tenido un grave impacto en la salud mental pública, así como en los sistemas de salud en una escala global. Durante el primer año se registró un incremento significativo en los problemas de salud mental en la población general, problemas que incluyeron, por cierto, depresión y ansiedad generalizada⁽⁵⁰⁾, afectando en particular a jóvenes, mujeres y personas con condiciones pre-existentes de salud⁽⁵⁰⁾. Múltiples estresores como la soledad, el miedo a la infección, el sufrimiento, la posibilidad de muerte propia o de personas significativas, duelos sucesivos y preocupaciones financieras se asociaron con aquellos cuadros⁽⁵⁰⁾.

Más aún, las consecuencias del confinamiento por el COVID-19 y los esfuerzos de mitigación exacerbaron la pobreza existente y la inequidad entre y dentro de los países⁽⁵¹⁾ lo cual también pudo afectar la salud mental. Existe evidencia que la pobreza puede ser causa y consecuencia de una salud mental comprometida^(52,53).

La pandemia por COVID-19 mostró la influencia de los determinantes sociales en la deficiente salud física y mental, llamando la atención sobre el aumento de las inequidades sociales y de las adversidades en todo el mundo. Las poblaciones social y económicamente desfavorecidas se vieron afectadas desproporcionadamente por la pandemia con obvias tasas más altas de infección y mortalidad⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

A pesar de la diversidad en los países, las amplias inequidades existentes en los ingresos, en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de manejos que se observan comúnmente en Latinoamérica, hicieron que esta sea la región más inequitativa del mundo^(56,57). Es así que muchas poblaciones indígenas que vivían en áreas rurales fueron afectadas por la falta de acceso a la información y a los servicios de salud de calidad, así como por las barreras del idioma⁽⁵⁶⁾. También, la población de bajos ingresos era más vulnerable a la angustia (“*distress*”) y a las enfermedades mentales en razón a los múltiples estresores a los que estaban expuestos, como el hacinamiento, y el menor acceso a servicios de salud y a oportunidades de educación y empleo⁽⁵⁶⁾. Por ejemplo, en Chile, a pesar de que no hay evidencia de que las personas con problemas de salud mental fueran excluidas de las políticas diseñadas para mitigar los impactos sociales y económicos de la pandemia, el acceso a los programas se percibió como inequitativo y discriminatorio⁽⁵⁵⁾. Prestar atención a la equidad (o a su ausencia) dentro de los países es crítico para un desarrollo sostenible en relación a la salud mental.

Durante la pandemia COVID-19, los servicios de salud mental se vieron interrumpidos en gran medida a pesar de las necesidades urgentes de apoyo. De acuerdo al informe de la OMS (2020)⁽⁵⁸⁾, la gran mayoría, 116 u 89% de los países que respondieron a la encuesta de 130 estados miembros informaron que la respuesta de salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) era parte de sus planes nacionales de respuesta al COVID-19. Sin embargo, solo el 17% de estos países habían garantizado un financiamiento adicional completo para SMAPS⁽⁵⁸⁾. Además, es sabido que la pandemia tuvo un impacto negativo en la salud mental de los trabajadores de salud a nivel global^(56,59,60).

Un estudio realizado en Chile informó que los servicios de salud mental en el nivel de atención primaria fueron los más afectados. Los impactos adversos se registraron en la continuidad y calidad de la atención, la reducción del apoyo psicosocial y comunitario y efectos negativos en la salud mental de los trabajadores, con consecuencias negativas a nivel de los sistemas de salud en general⁽⁵⁵⁾. Los cambios a nivel comunitario, como el incremento del estigma, la discriminación y la exclusión social, afectaron el acceso a las prácticas de salud comunitaria, especialmente entre las poblaciones más vulnerables antes de la pandemia como las indígenas y las de personas sin vivienda (“*homeless*”)⁽⁵⁵⁾.

Para satisfacer las necesidades crecientes de apoyo a la salud mental, una gama de programas innovadores se iniciaron en varios países de bajos y de medianos ingresos⁽⁶¹⁾. En particular, los servicios de tele-salud mental pasaron a estar ampliamente disponibles para adaptarse rápidamente a las nuevas condiciones y restricciones a corto plazo⁽⁶²⁾. Por ejemplo, con el fin de mejorar el acceso a la atención en Perú, Socios en Salud ha difundido información a través de los

medios de comunicación para interactuar con una aplicación de *chatbot* que proporciona detección automatizada y gratuita de la depresión y derivación para la gestión remota de problemas adicionales⁽⁶³⁾.

Estas innovaciones tecnológicas sugieren asimismo que la pandemia puede haber brindado oportunidades para re-imaginar la SMG y reconstruir de una mejor manera los sistemas de salud mental en países de bajos y medianos ingresos, al integrar la salud mental en los planes de cobertura sanitaria universal, mejorando el acceso a intervenciones psicosociales a través de tareas compartidas (“*task sharing*”) y del aprovechamiento de tecnologías innovadoras^(61,64).

Estas perspectivas optimistas sobre oportunidades post-pandemia de introducción de atención remota utilizando la tecnología para avanzar en la accesibilidad a la atención en salud mental son, sin embargo, cuestionadas, particularmente en el contexto de los países de América Latina y el Caribe (ALC), marcados por inequidades estructurales de larga data. A pesar de la contribución de la tecnología en la telemedicina y en los tratamientos de autoayuda en el contexto de la pandemia COVID-19, las actividades que requerían internet no fueron accesibles para todas las poblaciones, tales como adultos mayores, poblaciones de bajos ingresos y personas no familiarizadas con su uso⁽⁵⁶⁾. Por ejemplo, en Chile donde las soluciones digitales se implementaron de manera amplia para facilitar la atención remota, la igualdad en el acceso fue limitada debido a la disponibilidad de equipos, su calidad, al acceso a internet y a la brecha digital que experimentan en gran medida las comunidades rurales, los jóvenes y las personas mayores⁽⁵⁵⁾. Se deduce, por tanto, que el giro hacia la atención remota de salud mental en países latinoamericanos y caribeños requiere cautela, ya que puede obstaculizar el acceso a los servicios en razón de inequidades en las tecnologías existentes⁽⁶⁵⁾.

Profesionales de la salud mental en 13 países de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Uruguay) enfatizaron la necesidad de una transformación institucional que aborde las inequidades persistentes y la falta de justicia social, y expresaron su esperanza en la futura y permanente transformación de los sistemas de salud mental en función del retroceso de la pandemia⁽⁶⁶⁾.

Para convertir la experiencia de la pandemia de COVID-19 en una oportunidad, las políticas deben fortalecer la prestación de servicios centrándose en modelos de atención comunitaria accesibles y equitativos basados en evidencia, adaptados a las necesidades locales y brindando apoyo a las comunidades^(55,57). Las estrategias multisectoriales que afectan las condiciones de salud mental, incluyendo educación, vivienda, empleo y protección de los derechos humanos deben ser garantizadas⁽⁶⁸⁾. Además, el diseño de políticas y programas que den prioridad a la equidad en la

recuperación de la pandemia, debe considerar la voz de las personas con enfermedades mentales^(23,47,68).

2.2 Cambio climático y Salud Mental Global

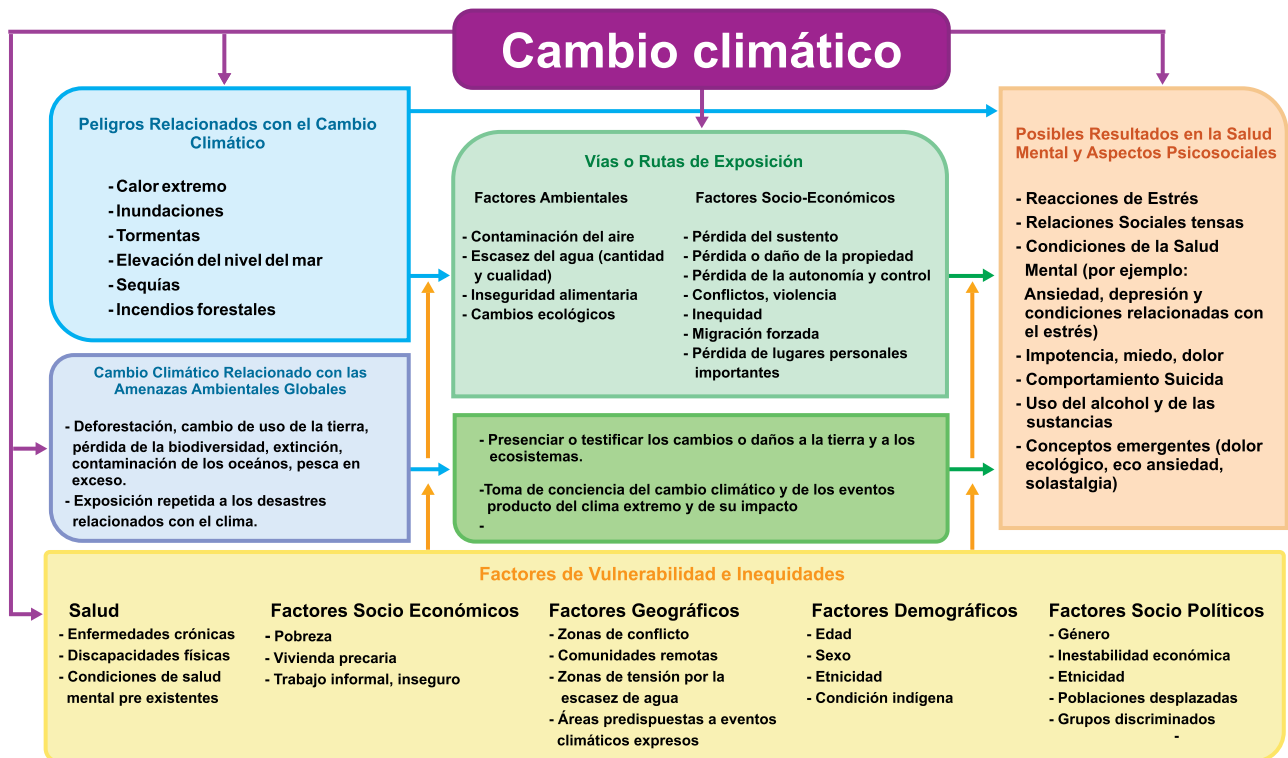
El cambio climático constituye una crisis creciente a nivel global, que lleva a riesgos o peligros agudos, cuando se trata por ejemplo, de huracanes, sequías o inundaciones, o a cambios en los ecosistemas que se relacionan con la inseguridad alimentaria, escasez de agua fresca y medios de vida limitados⁽⁶⁹⁾. Tanto los riesgos agudos como los cambios en los ecosistemas, tienen efectos en la salud, especialmente en la salud mental y en el bienestar general de las poblaciones⁽⁷⁰⁾; es claro que los países de bajos y medianos ingresos son también los más vulnerables al impacto del cambio climático y de los desastres naturales en los problemas de salud mental^(71,72).

Existe asimismo evidencia de vías directas e indirectas que relacionan los peligros, las amenazas y las vulnerabilidades frente al impacto del cambio climático a corto y a largo plazo en la salud mental⁽⁴⁵⁾. Es también importante considerar que la exposición a varios peligros, amenazas o riesgos puede ser simultánea. En la figura 1, se observa claramente este vínculo con posibles resultados en la salud mental y en los aspectos psicosociales o, de manera indirecta, a través de la exposición a variables ambientales o socioeconómicas. Lo

mismo ocurre en cuanto a resultados directos o mediados (indirectos) en la salud mental por el hecho de ser testigos conscientes del cambio climático⁽⁷³⁾.

Los eventos agudos actúan a través de mecanismos similares al estrés traumático, que llevan a problemas de salud mental, mientras que la exposición extrema o prolongada a eventos relacionados al clima pueden asociarse con el estrés post traumático *per se*⁽⁷²⁾. Asimismo, el cambio climático afecta negativamente a los determinantes ambientales, sociales y económicos de la salud mental⁽⁷³⁾ y exacerba las inequidades sociales existentes^(74,75). En los últimos diez años, la salud de las poblaciones más vulnerables en América del Sur se ha visto afectada por los efectos negativos del cambio climático⁽⁷⁴⁾. En un estudio cualitativo realizado en Perú, se encontró que la angustia socio-económica y la carencia de apoyo contribuían al sufrimiento psicosocial de las comunidades de bajos recursos en un contexto posterior a la ocurrencia de un desastre natural⁽⁷⁶⁾.

Factores sociales que implican vulnerabilidad, así como susceptibilidades individuales tales como la falta de infraestructura, limitado acceso a servicios de salud y/o alta prevalencia de comorbilidades, son factores mediadores, que incrementan el impacto del cambio climático en la salud y, específicamente, en la salud mental⁽⁷⁷⁾. Se señala que las poblaciones pueden sentir emociones intensas como tristeza,



Fuente: Mental health and climate change: policy brief.

Figura 1: Relaciones entre variables del cambio climático y la salud mental y factores de vulnerabilidad e inequidad.

miedo, desesperanza, impotencia y duelo; se mencionan también la eco-ansiedad, la angustia o distress ambiental⁽⁶⁹⁾. En una revisión sistemática sobre la mitigación del cambio climático y estrategias de adaptación en salud mental y bienestar en países de bajos y medianos ingresos, se encontró que la mayoría de los estudios se centraron en intervenciones relacionadas a la adaptación, muy pocos abordaron programas de mitigación y la evidencia fue muy limitada sobre los efectos del cambio climático en los trastornos mentales comunes⁽⁷⁰⁾.

El efecto del cambio climático en la salud mental de las poblaciones indígenas, requiere un espacio especial debido a que se trata de poblaciones vulnerables, que sufren inequidades sociales, pero sobre todo que tienen una concepción holística y un vínculo estrecho con la naturaleza, una conexión muy profunda, fuerte y ancestral con la tierra, que les provee para su subsistencia, pero que también es fuente de su identidad y de las relaciones intracomunitarias⁽⁷⁸⁾. Así, los efectos negativos del cambio climático, es decir, de inundaciones, sequías, deshielos, etc. son vividos por estas poblaciones como una pérdida de su “lugar en el mundo” que involucra la merma en su sustento de vida, pero que también los priva de prácticas culturales que nutren su bienestar colectivo^(78,79); la salud mental de las poblaciones indígenas puede presentar entonces angustia, temor, tristeza, rabia, ansiedad, depresión y duelos persistentes^(78,79). También es importante considerar la conceptualización local y la comprensión cultural de las experiencias y expresiones de los efectos psicológicos del cambio climático en sus vidas diarias, como los “modismos de angustia” (*idioms of distress*) incorporados en su contexto local^(80,81).

Con respecto a la respuesta frente al cambio climático y a su efecto en la salud mental, la OMS recomienda los siguientes cinco enfoques:

1. Integrar aspectos relacionados al cambio climático en las políticas y programas de salud mental, para una mejor preparación y respuesta a las crisis.
2. Integrar la salud mental y el apoyo psicosocial en las políticas y programas que abordan el cambio climático y la salud.
3. Construir compromisos globales, incluyendo los ODS, el tratado de cambio climático de París y el marco de Sendai para la reducción de riesgos de desastres.
4. Implementar enfoques multisectoriales y basados en la comunidad para disminuir las vulnerabilidades y reducir los impactos psicosociales del cambio climático.
5. Abordar las brechas de financiamiento para la salud mental y para dar respuesta a los impactos del cambio climático⁽⁵⁸⁾.

Los enfoques basados en la comunidad, para desarrollar la resiliencia a nivel comunitario, son claves. Estos deben considerar el protagonismo y la participación de los líderes de la comunidad para promover la salud mental y el bienestar de la población. Asimismo, la respuesta debe construirse a partir de los sistemas existentes de atención⁽⁶⁹⁾.

Un estudio de revisión concluyó que entre las soluciones de tipo político-administrativo para mejorar la salud mental frente al cambio climático, se encuentran la mejora del financiamiento para los servicios de salud mental, la vigilancia y el monitoreo en salud mental, el planeamiento para la adaptación y resiliencia dentro del sistema de salud y la capacitación especializada en salud mental a los proveedores de salud que brindarán la primera respuesta⁽⁷¹⁾.

El sistema de salud juega pues un rol fundamental en el abordaje de los efectos del cambio climático en la salud mental de la población. En este sentido, es importante tomar en cuenta que los sistemas de salud de los países latinoamericanos tienen dificultades como el bajo presupuesto en salud, la baja calidad de la atención y el acceso limitado a los servicios de salud⁽⁸²⁾, dificultades que fueron agravadas por la pandemia COVID-19⁽⁸³⁾. Hay poca evidencia de políticas y planes que incluyan acciones de adaptación para fortalecer los sistemas de salud en varios países latinoamericanos y del Caribe⁽⁸³⁾.

Lancet Countdown para Sudamérica⁽⁷⁴⁾, señala las brechas que deben abordarse con respecto a la salud y al clima:

1. Se requiere un análisis de los temas prioritarios a nivel local que informe a la política pública a partir de la evidencia a nivel nacional o sub-nacional para fortalecer la respuesta y la preparación frente a los peligros del cambio climático y abordar las vulnerabilidades sociales.
2. Es necesario el desarrollo de la investigación y de la acción transdisciplinaria en salud y clima, dado que la evidencia existente y que es limitada, se ha generado a partir de unas cuantas disciplinas⁽⁷⁷⁾.
3. La investigación, las políticas y la acción deben reflejarse en un financiamiento adecuado y sostenible.

La acción con respecto al cambio climático es una oportunidad para abordar los desafíos y las inequidades sociales a través de políticas estratégicas⁽⁷⁴⁾. Existe poca o ninguna información para el seguimiento de los peligros del cambio climático y de sus efectos en la salud de la población, que permita el diseño de políticas apropiadas^(74,77) y adaptadas a las perspectivas culturales, de género y de la comunidad⁽⁷⁷⁾. Se requiere además una adecuada gobernanza y la voluntad política en los niveles locales, regionales y nacionales para mitigar los efectos del cambio climático en la salud mental de las poblaciones⁽⁷⁴⁾.

3. Reflexiones finales

El movimiento de SMG, así como las iniciativas de la OMS para aumentar la cobertura de la atención a personas con problemas de salud mental, han puesto este tema en una posición prominente de la agenda mundial. Esto ha permitido que se cuente con mejor financiamiento para el desarrollo de investigaciones que generen evidencia, políticas y acciones para reducir la brecha de tratamiento mediante el fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria y de atención primaria. Se ha impulsado también el desarrollo de capacidades para la investigación y atención en salud mental en los servicios en los países de bajos y medianos ingresos. No obstante, el trabajo a realizar es arduo, y los esfuerzos realizados, si bien son avances importantes, resultan todavía insuficientes para responder a las demandas y las necesidades de salud mental a diversos niveles.

Por otro lado, se intenta, aunque no se logra aún, trascender el discurso basado en el modelo y poder biomédico, hacia el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y de la salud mental global como un campo eminentemente interdisciplinario, que debería reconocer las voces de todos los actores a nivel global y local. Es así que el rol de la cultura, de la historia y de los saberes locales en la construcción de las subjetividades y en particular de la salud mental, del sufrimiento mental y de la sanación, son aún difíciles de considerar e identificar tanto en las investigaciones como en los modelos de atención de la salud mental. Es difícil cambiar los modelos mentales¹, barreras importantes a considerar en las ciencias de la implementación.

Las crisis globales que impactan la salud mental (el cambio climático y la pandemia del COVID-19 entre otras), demuestran la importancia de abordar los determinantes sociales para reducir las inequidades, y la necesidad de un trabajo interdisciplinario e incluso transdisciplinario en el

desarrollo de investigaciones para la generación de evidencia y acciones en la formulación e implementación de políticas, programas y servicios que respondan a estas crisis en el contexto de la intersectorialidad y el protagonismo de las comunidades.

Conclusiones

La presente revisión resalta una visión de la SMG fundamentada en los principios de la equidad y la inclusión⁽²³⁾. Las experiencias de crisis a nivel global y, específicamente, en Latinoamérica demuestran llamados renovados a la equidad y la justicia, de modo que las enfermedades mentales y el sufrimiento psicológico, así como el bienestar mental, se conviertan en asuntos sociales y políticos prominentes que otorguen debida consideración a los determinantes sociales, y que produzcan un desplazamiento o giro claro del modelo biomédico y su perspectiva individual^(23,49,66). Para ello se requieren respuestas intersectoriales que confieran protagonismo a las realidades y contribuciones locales. Para mejorar la equidad a través del enfoque de salud mental comunitaria, se requiere de una aproximación “de abajo hacia arriba” (“*bottom-up*”) que incluya las experiencias de vida de las comunidades y, en especial, de las personas con problemas de salud mental en el diseño y organización de los servicios, la formulación e implementación de las políticas y las tareas de investigación. Tratar la experiencia de vida, concediendo un lugar de experticia a las poblaciones y a las personas con problemas de salud mental, genera oportunidades de escuchar a la cultura y a los discursos locales que pueden cambiar el poder en la producción de conocimiento y aportar recursos endógenos para la construcción de soluciones comunitarias más sostenibles y equitativas^(23,47,49) y que, a su vez, permitan mejores respuestas a las crisis globales que impactan la salud mental.

¹Los modelos mentales son un conjunto interrelacionado de creencias y conocimientos conceptuales, que dan forma a como las personas forman sus expectativas acerca del futuro y comprenden la manera en que el mundo funciona (84).

Referencias bibliográficas

1. **Bemme D.** Contingent universality: the epistemic politics of global mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2023;60(3):385-99. doi:10.1177/13634615231189565
2. **Rajabzadeh V, Burn E, Sajun SZ, Suzuki M, Bird VJ, Priebe S.** Understanding global mental health: A conceptual review. *BMJ Global Health*. 2021;6(3):e004631. doi:10.1136/bmjgh-2020-004631
3. **Patel V.** Global mental health: from science to action. *Harvard review of psychiatry*. 2012;20(1):6-12. doi: 10.3109/10673229.012.649108
4. **Collins PY.** What is global mental health? *World Psychiatry*. 2020;19(3):265. doi: 10.1002/wps.20728
5. **Kirmayer LJ, Pedersen D.** Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2014; 51(6):759-776. doi:10.1177/1363461514557202.
6. **Gautham MS, Gururaj G, Varghese M, Benegal V, Rao GN, Kokane A, et al.** The National Mental Health Survey of India (2016): Prevalence, socio-demographic correlates and treatment gap of mental morbidity. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020; 66(4): 361-72. doi:10.1177/0020764020907941
7. **Kleinman A.** Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*. 2009;374(9690):603-4. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5
8. **Patel V, Prince M.** Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age. *JAMA*. 2010;303(19):1976-7. doi: 10.1001/jama.2010.616
9. **Bayetti C, Bakhshi P, Davar B, Khemka G, Kothari P,**

- Kumar M, et al.** Critical reflections on the concept and impact of “scaling up” in Global Mental Health. *Transcultural psychiatry*. 2023;60(3):602-9. doi: 10.1177/13634615231183928
- 10. Whitley R.** Global mental health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2015;24(4):285-91. doi: 10.1017/S2045796015000451
- 11. Fernando S.** Globalization of psychiatry-A barrier to mental health development. *International Review of Psychiatry*. 2014;26(5):551-7. doi:10.3109/09540261.2014.920305
- 12. Summerfield D.** “Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism. *Bmj*. 2013;346. doi: 10.1136/bmj.f3509
- 13. Bemme D, D'souza NA.** Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural psychiatry*. 2014;51(6):850-74. doi:10.1177/1363461514539830
- 14. Kirmayer LJ, Swartz L.** Culture and global mental health. *Global mental health: Principles and practice*. 2013:41-62.
- 15. Kirmayer LJ.** Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social science & medicine*. 2012;75(2):249-56. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.018.
- 16. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al.** The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*. 2018;392(10157):1553-98. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- 17. Cosgrove L, Mills C, Karter JM, Mehta A, Kalathil J.** A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: Time for a paradigm change. *Critical Public Health*. 2020;30(5):624-31. doi:10.1080/09581596.2019.1667488
- 18. Faregh N, Lencucha R, Ventevogel P, Dubale BW, Kirmayer LJ.** Considering culture, context and community in mhGAP implementation and training: challenges and recommendations from the field. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019;13:1-13. doi: 10.1186/s13033-019-0312-9
- 19. Bemme D, Kirmayer LJ.** Global mental health: interdisciplinary challenges for a field in motion. *Transcultural Psychiatry*. 2020;57(1):3-18. doi:10.1177/1363461519898035
- 20. Bedi RP.** Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counseling and psychotherapy outcome are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Archives of Scientific Psychology*. 2018;6(1):96. doi: 10.1037/arc0000047
- 21. Campbell C, Burgess R.** The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural Psychiatry*. 2012;49(3-4):379-395. doi:10.1177/1363461512454643
- 22. Bemme D, Roberts T, Ae-Ngibise KA, Gumbonzvanda N, Joag K, Kagee A, et al.** Mutuality as a method: advancing a social paradigm for global mental health through mutual learning. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2024;59(3):545-53. doi: 10.1007/s00127-023-02493-1
- 23. Chiumento A, MacBeth A, Stenhouse R, Segal L, Harper I, Jain S.** A vision for reinvigorating global mental health. *PLOS Global Public Health*. 2024;4(4):e0003034. doi: 10.1371/journal.pgph.0003034
- 24. Saraceno B.** Rethinking global mental health and its priorities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e64. doi: 10.1017/S204579601900060X
- 25. Larrieta J, Wuerth M, Aoun M, Bemme D, D'souza N, Gumbonzvanda N, et al.** Equitable and sustainable funding for community-based organisations in global mental health. *The Lancet Global Health*. 2023;11(3):e327-e8. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00015-3
- 26. World Health Organization.** mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings 2019 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>.
- 27. Pérez LB, Pinheiro A, Machado JÂ, Araújo CEL.** The trajectory of Mental Health Policies in Argentina and Brazil: why different reform patterns? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2024;34:e34006. doi:10.1590/S0103-7331202434006en
- 28. Almeida JMCD.** Mental health policy in Brazil: what's at stake in the changes currently under way. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35:e00129519. doi: 10.1590/0102-311X00129519.
- 29. Santos RGdA, Íñiguez-Rueda L.** Los caminos de la asistencia en salud mental: la atención psicosocial como territorio de cuidado. *Salud e Sociedade*. 2023;32:e210786es. doi: 10.1590/S0104-12902023210786es
- 30. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrarrázabal M, Díaz R, et al.** Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:e131. doi: 10.26633/RPSP.2018.131
- 31. Arriola-Vigo JA, Stovall JG, Moon TD, Audet CM, Diez-Canseco F.** Perceptions of community involvement in the Peruvian mental health reform process among clinicians and policy-makers: a qualitative study. *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;8(12):711. doi: 10.15171/ijhpm.2019.68
- 32. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al.** Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *International journal of health policy and management*. 2017;6(9):501. doi: 10.15171/ijhpm.2017.07
- 33. Organización Mundial de la Salud.** *Mental Health Atlas 2011 2011* [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9799241564359>.
- 34. Barcala A, Botto M, Poverene L, Augsburg C, Gerlero S, Saadi V, et al.** Políticas de salud mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2022;27(1):102-17. doi: 10.17151/hpsal.2022.27.1.8
- 35. Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFCdS, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al.** Mental health assistance in Primary Care: the perspective of professionals from the Family Health Strategy. *Revista brasileira de enfermagem*. 2021;75:e20190326. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0326
- 36. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M, Moreno Mayorga B.** Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023;47:e138. doi: 10.26633/RPSP.2023.138
- 37. Carmona-Huerta J, Durand-Arias S, Rodriguez A, Guarnier-Catalá C, Cardona-Muller D, Madrigal-de-León E, et al.** Community mental health care in Mexico: a regional perspective from a mid-income country. *International Journal*

- of Mental Health Systems. 2021;15:1-10. doi: 10.1186/s13033-020-00429-9
38. **Alarcón-Guzmán RD, Castillo-Martell H.** The role of Community Mental Health in a new architecture of World psychiatry and Global Mental Health. *Salud mental.* 2020; 43(5):235-40. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2020.032
 39. **Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S.** Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2016;34(2):175-83. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07
 40. **Caçapava JR, Colvero Lda.** Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2008; 29(4):573-80.
 41. **Brandão AdD, Figueiredo AP, Delgado PGG.** Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2022;20:e00189174. doi:10.1590/1981-7746-ojs00189
 42. **Banco Interamericano de Desarrollo.** The Complexities of Inequality in Latin America and the Caribbean 2024 [Available from: <https://www.iadb.org/en/news/complexities-inequality-latin-america-and-caribbean#:~:text=Latin%20America%20and%20the%20Caribbean%20is%20the%20world's%20most%20unequal,and%20the%20Caribbean%20is%20poor>.
 43. **Dimenstein M, Macedo JPS, Leite J, Dantas C, Silva MPRd.** Iniquidades sociais e saúde mental no meio rural. *Psico-USF.* 2017;22(3):541-53. doi: 10.1590/1413-82712017220313
 44. **Sánchez-Castro JC, Pilz González L, Arias-Murcia SE, Mahecha-Bermeo VA, Stock C, Heinrichs K.** Mental health among adolescents exposed to social inequality in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Frontiers in Public Health.* 2024;12:1342361. doi:10.3389/fpubh.2024.1342361
 45. **Ruiz-Martínez AO, González-Arratia López Fuentes NI, González-Escobar S, Aguilar-Montes de Oca YP, Torres-Muñoz MA.** Influencias psicosocioculturales sobre los síntomas psicopatológicos en comunidad abierta: desigualdades ecosistémicas. *Acta Colombiana de Psicología.* 2020;23(1):169-80. doi: 10.14718/acp.2020.23.1.9
 46. **Menezes PR, Araya R, Miranda JJ, Mohr DC, Price LN.** The Latin American Treatment and Innovation Network in Mental Health (Latin-MH): Rationale and Scope. *Revista de La Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina).* 2015;72(4):321.
 47. **Moitra M, Owens S, Hailemariam M, Wilson KS, Mensa-Kwao A, Gonese G, et al.** Global mental health: Where we are and where we are going. *Current psychiatry reports.* 2023;25(7):301-11. doi: 10.1007/s11920-023-01426-8.
 48. **Cuartas Ricaurte J, Karim LL, Martínez Botero MA, Hessel P.** The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *International journal of public health.* 2019;64:703-11. doi: 10.1007/s00038-019-01248-7
 49. **Pedersen D.** 23 Reflections Social Inequalities and Mental Health Outcomes. In: Kirmayer LJ LR, Cummings CA, editor. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health.* Cambridge University Press; 2015. p. 613-9.
 50. **World Health Organization.** Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022. World Health Organization; 2022.
 51. **Kumar M, Kumar P.** Impact of pandemic on mental health in lower-and middle-income countries (LMICs). *Global Mental Health.* 2020;7:e35. doi: 10.1017/gmh.2020.28
 52. **Cooper S, Lund C, Kakuma R.** The measurement of poverty in psychiatric epidemiology in LMICs: critical review and recommendations. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2012;47:1499-516. doi: 10.1007/s00127-011-0457-6
 53. **Lund C.** Poverty and mental health: a review of practice and policies. *Neuropsychiatry.* 2012;2(3):213.
 54. **Moeti M, Gao GF, Herrman H.** Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. *The Lancet.* 2022;400(10353):e3-e7. doi:10.1016/S0140-6736(22)01328-9
 55. **Toro-Devia O, Solis-Araya C, Soto-Brandt G, Sepúlveda-Queipul C, Pino P, Loyola F, et al.** Adverse sequelae of the COVID-19 pandemic on mental health services in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2023;47:e87. doi: 10.26633/RPSP.2023.87
 56. **Bassey EE, Gupta A, Kapoor A, Bansal A.** COVID-19 and poverty in South America: the mental health implications. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2023;21(5):2954-60. doi: 10.1007/s11469-022-00765-6
 58. **García PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H, et al.** COVID-19 response in Latin America. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.* 2020;103(5):1765. doi: 10.4269/ajtmh.20-0765
 58. **World Health Organization.** The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. 2020.
 59. **Oliveira FESd, Trezena S, Dias VO, Martelli Júnior H, Martelli DRB.** Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2023;32:e2022432. doi: 10.1590/S2237-96222023000100012
 60. **Agrest M, Rosales M, Fernández M, Kankan T, Matkovich A, Velzi-Díaz A, et al.** "About Navigating Chaos": Latin American and Caribbean Mental Health Workers' Personal Impact Due to SARS-CoV-2 in the First Hundred Days. *International journal of public health.* 2022;67:1604359. doi: 10.3389/ijph.2022.1604359
 61. **Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al.** COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):535-50. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00025-0
 62. **Zangani C, Ostinelli EG, Smith KA, Hong JS, Macdonald O, Reen G, et al.** Impact of the COVID-19 pandemic on the global delivery of mental health services and telemental health: systematic review. *JMIR mental health.* 2022;9(8):e38600. doi: 10.2196/38600
 63. **Partners in Health.** As COVID-19 Cases Mount in Peru, Medical and Social Support Are Key 2020 [Available from: <https://www.pih.org/article/covid-19-cases-mount-peru-medical-and-social-support-are-key>.
 64. **Adiukwu F, de Filippis R, Orsolini L, Gashi Bytyçi D, Shoib S, Ransing R, et al.** Scaling up global mental health services during the COVID-19 pandemic and beyond. *Psychiatric Services.* 2022;73(2):231-4. doi: 10.1176/appi.ps.202000774

65. **Ardila-Gómez S, Díaz AV, Vargas E, Trujillo MAA, Ortega EJC, Agrest M.** COVID-19 and global mental health. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):457-8. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00150-4
66. **Agrest M, Kankan T, Fernández M, Rosales M, Matkovich A, Velzi-Díaz A, et al.** COVID-19 impact on the provision of psychosocial rehabilitation services in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Mental Health.* 2023;52(4):473-89. doi: 10.1080/00207411.2022.2154562
68. **Maulik PK, Thornicroft G, Saxena S.** Roadmap to strengthen global mental health systems to tackle the impact of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Systems.* 2020;14:1-13. doi: 10.1186/s13033-020-00393-4
68. **Kola L, Kohrt BA, Acharya B, Mutamba BB, Kieling C, Kumar M, et al.** The path to global equity in mental health care in the context of COVID-19. *The Lancet.* 2021;398(10312):1670-2. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02233-9
69. **Corvalan C, Gray B, Prats EV, Sena A, Hanna F, Campbell-Lendrum D.** Mental health and the global climate crisis. *Epidemiology and psychiatric sciences.* 2022;31:e86. doi: 10.1017/S2045796022000361
70. **Flores EC, Brown LJ, Kakuma R, Eaton J, Dangour AD.** Mental health and wellbeing outcomes of climate change mitigation and adaptation strategies: A systematic review. *Environmental Research Letters.* 2023. doi: 10.1088/1748-9326/ad153f
71. **Sharpe I, Davison CM.** Climate change, climate-related disasters and mental disorder in low-and middle-income countries: a scoping review. *BMJ open.* 2021;11(10):e051908. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051908
72. **Cianconi P, Betrò S, Janiri L.** The impact of climate change on mental health: a systematic descriptive review. *Frontiers in psychiatry.* 2020;11:490206. doi: 10.3389/fpsy.2020.00074
73. **World Health Organization.** Mental health and climate change: Policy brief: World Health Organization; 2022.
74. **Palmeiro-Silva YK, Yglesias-González M, Blanco-Villafuerte L, Canal-Solis K, Neyra RC, Fernández-Guzmán D, et al.** The lancet countdown South America: increasing health opportunities by identifying the gaps in health and climate change research. *The Lancet Regional Health-Americas.* 2023;26. doi: 10.1016/j.lana.2023.100605
75. **World Health Organization.** Checklists to assess vulnerabilities in health care facilities in the context of climate change. 2021.
76. **Flores Ramos E.** Mental health and resilience-promoting strategies associated with El Niño Southern Oscillation (ENSO) in the north coast of Peru: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2020. doi: 10.17037/PUBS.04657742
77. **Palmeiro-Silva YK, Lescano AG, Flores EC, Astorga Y, Rojas L, Chavez MG, et al.** Identifying gaps on health impacts, exposures, and vulnerabilities to climate change on human health and wellbeing in South America: a scoping review. *The Lancet Regional Health-Americas.* 2023. doi: 10.1016/j.lana.2023.100580
78. **Middleton J, Cunsolo A, Jones-Bitton A, Wright CJ, Harper SL.** Indigenous mental health in a changing climate: a systematic scoping review of the global literature. *Environmental Research Letters.* 2020;15(5):053001. doi: 10.1088/1748-9326/ab68a9
79. **Lebel L, Paquin V, Kenny T-A, Fletcher C, Nadeau L, Chachamovich E, et al.** Climate change and Indigenous mental health in the Circumpolar North: A systematic review to inform clinical practice. *Transcultural Psychiatry.* 2022;59(3):312-36. doi: 10.1177/13634615211066698
80. **Nichter M.** Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry.* 2010;34:401-16. doi: 10.1007/s11013-010-9179-6
81. **Weaver LJ, Krupp K, Madhivanan P. C.** *Transcultural Psychiatry.* 2022;59(4):399-412. doi: 10.1177/13634615211042235
82. **OECD/The World Bank.** Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. Paris: OECD Publishing; 2020.
83. **OECD/The World Bank.** Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
84. **Holtrop JS, Scherer LD, Matlock DD, Glasgow RE, Green LA.** The importance of mental models in implementation science. *Frontiers in Public Health.* 2021;9:680316. doi: 10.3389/fpubh.2021.680316

Contribución de autoría: Inés Bustamante y Sakiko Yamaguchi han participado en el diseño de la estructura del artículo, búsqueda bibliográfica, redacción y revisión.

Conflicto de interés: Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Bustamante I, Yamaguchi S. *Salud Mental Global: Enfoques, Crisis e Impacto.* Diagnóstico (Lima). 2024;63(3).

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.539>

Autor Corresponsal: Inés Bustamante

Correo electrónico: ines.bustamante@upch.pe

Dirección: Av. Honorio Delgado 430. SMP, Lima, Perú.



Revista
DIAGNÓSTICO



Revista
DIAGNÓSTICO



Revista
DIAGNÓSTICO