

Revista
Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

Editorial

Marisol Taveras

Protegidos: Hacia un cambio de paradigma en la salud mental en Latinoamérica

Phillip Meylan, Isabel Schmidt, Mayesha Alam

La Salud Mental en un mundo aceleradamente invivible

Santiago Levin

NASMA: Una visión desde Centro America, el Caribe y México

Mirna R. Santos Ruano

¡Manos a la obra!

Andrea Otero Ospina

Cambio de paradigma

Artigas Pouy

Presentación de libros

1

Volumen 23
2024

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

COMITÉ EJECUTIVO APAL 2022 -2024

Presidente

Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)

Vice - Presidente

Santiago Andrés Levin (Argentina)

Secretaria General

Eddy Peralta Jiménez (República Dominicana)

Secretario de Finanzas

Luz María Inoa Vargas (República Dominicana)

Directora de Secciones

Myriam de La Osa O' Reilly (Cuba)

Secretarios Regionales

Países del Cono Sur

Artigas Pouy Aguilera (Uruguay)

Países Bolivarianos

Andrea Otero Ospina (Colombia)

México, Centroamérica y el Caribe

Mirna Roxana Santos Ruano (Guatemala)

Director de Publicaciones

Rodrigo Nel Córdoba Rojas (Colombia)

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director

Rodrigo Nel Córdoba Rojas

Miembros

Alexie Vallejo

Angela Vélez T.

Jairo Gonzales

Juan F. Cano R.

COMITÉ EDITORIAL

Argentina

Manuel Vilapriño

Maximiliano Cesoni

Brasil

Joao Castaldelli-Maia

Chile

Ulises Ríos Díaz

Leonor Bustamante Calderón

Colombia

José Manuel Santacruz

Cuba

Myriam de La Ossa O' Reilly

Ecuador

Carlos León Andrade

España

Luis Caballero

México

Jesús Ramírez Bermúdez

Panamá

Miguel Cedeño

Perú

Ricardo Bustamante Quiroz

República Dominicana

Eddy Peralta Jiménez

Uruguay

Cecilia Idiarte

Reglamento de Publicaciones (ver detalle en pág. 24)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

1

Volumen 23
2024

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

Argentina

Asociación de Psiquiatras de Argentina

Presidente: *Cora Lugercho*

Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

Presidente: *Claribel Ramírez Hurtado*

Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría

Presidente: *Antonio Geraldo Da Silva*

Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía

Presidenta: *Daniela Gómez Aguirre*

Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Presidenta: *Mauricio De La Espriella*

Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría

Presidente: *Francisco Golcher Valverde*

Cuba

Asociación Cubana de Psiquiatría

Presidenta: *Myriam de La Ossa O' Reilly*

Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

Presidente: *Adelaida Alvear Méndez*

El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

Presidente: *Mario Ernesto Flores Pineda*

Guatemala

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría

Presidente: *José Ricardo López Melgar*

México

Asociación Psiquiátrica Mexicana

Presidenta: *Jacqueline Cortés Morelos*

Panama

Sociedad Panameña de Psiquiatría

Presidenta: *Giselle Guevara Murillo*

Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Presidente: *Marcos Capurro*

Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana

Presidente: *José Lining Anticona*

Puerto Rico

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría

Presidente: *Jesús Saavedra Caballero*

República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

Presidente: *Julio Chestaro Bretón*

Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Presidente: *Artigas Pouy Aguilera*

Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Presidenta: *Petra Aponte Martínez*

ÍNDICE

| | |
|----|--|
| 6 | Editorial <i>Marisol Taveras</i> |
| 7 | Protegidos: Hacia un cambio de paradigma en la salud mental en Latinoamérica <i>Phillip Meylan, Isabel Schmidt, Mayesha Alam</i> |
| 15 | La Salud Mental en un mundo aceleradamente invivible <i>Santiago Levin</i> |
| 17 | NASMA: Una visión desde Centro America, el Caribe y México <i>Mirna R. Santos Ruano</i> |
| 19 | iManos a la obra! <i>Andrea Otero Ospina</i> |
| 21 | Cambio de paradigma <i>Artigas Pouy</i> |
| 23 | Presentación de libros |
| 24 | Reglamento de Publicaciones |

NOTA DEL DIRECTOR

El artículo central del presente volumen, se ha construido a partir del apoyo que recibieron los autores que hacen parte del grupo Foreign Policy Analytics, (Philips Meylan, Isabel Schmidt y Mayesha Alam), por un apoyo no condicionado, y que fue sometido a discusión con la organización panamericana de la salud, donde fue presentado en su asamblea general y recibió su aprobación.

Consideramos que sus planteamiento son el derrotero a seguir por la profundidad y alcance de sus observaciones, encaminadas a fomentar un diálogo mas abierto sobre la salud mental y sus áreas relacionadas como la ansiedad, trastornos afectivos, esquizofrenia y otros trastornos. El resumen temático estuvo dirigido a dismantelar el estigma a travez de la educación, concientización y acceso a los tratamientos, invitando a invertir en salud mental.

Ustedes encontraran comentarios a este documento, por los secretarios generales de las diferentes regiones, en que se encuentra dividida APAL, además, por parte de la presidente y el vicepresidente.

Dr. Rodrigo Nel Córdoba Rojas

Director comité de publicaciones APAL

La nueva agenda de salud mental de Las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un documento integral que busca abordar los desafíos y promover el bienestar mental en la región. Esta agenda se centra en varios aspectos claves para mejorar la salud mental, incluyendo la prevención de trastornos mentales, la promoción del acceso a servicios de salud mental de calidad, la reducción del estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud mental, y el fortalecimiento de la gobernanza en salud mental.

Uno de los puntos destacados de esta nueva agenda, elaborada por la Comisión de Alto Nivel Sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS, es la importancia de integrar la salud mental en todos los niveles del sistema de salud, así como en otras políticas y programas relacionados con el bienestar general. Se hace hincapié en la necesidad de garantizar que los servicios de salud mental sean accesibles, equitativos y basados en la evidencia científica.

Además, la agenda destaca la importancia de involucrar a las comunidades y a las personas con experiencia en problemas de salud mental en el diseño e implementación de políticas y programas. Se hace especial énfasis en la necesidad de promover entornos saludables y solidarios que fomenten el bienestar mental y prevengan los trastornos mentales.

La nueva agenda de salud mental de Las Américas de OPS es un paso significativo hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud mental en la región, con el objetivo final de garantizar el bienestar emocional y psicológico de todas las personas.

Acogiendo a este llamado la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL) se hace eco de estas medidas, apoyando estas iniciativas de OPS, al tiempo que representa una oportunidad para mejorar la calidad de vida de millones de personas en la región a través de políticas públicas de salud y programas efectivos.

Dra. Marisol Taveras

Presidente APAL

Protegidos: Hacia un cambio de paradigma en la salud mental en Latinoamérica

Protected: towards a paradigm shift in mental health in Latin America

Mejorando la atención, expandiendo el acceso y apoyando la resiliencia

Un boletín informativo producido por FP Analytics con el apoyo de Viatris como patrocinador. El contenido es de responsabilidad exclusiva de los autores.

Phillip Meylan

Investigador Afiliado

Isabel Schmidt

Analista Principal de Políticas

Dra. Mayesha Alam

Vicepresidenta de Investigación

La pandemia de COVID-19 ha expuesto y exacerbado los desafíos de salud en todo el mundo, demostrando la necesidad de contar con sistemas de salud resilientes para abordar las enfermedades transmisibles y no transmisibles (ENT). Las ENT representan el mayor desafío para los sistemas de salud a nivel global, y se proyecta que para el año 2030 serán responsables del 75 por ciento de todas las muertes. En Latinoamérica y el Caribe (LAC), esta proporción es aún mayor, ya que los estudios estiman que las cuatro principales ENT: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, serán responsables del 81 por ciento de todas las muertes para el año 2030. Aunque las enfermedades físicas son las ENT más reconocidas, las condiciones de salud mental están siendo cada vez más reconocidas como una parte significativa de la carga global de las ENT. Las enfermedades mentales, los trastornos neurológicos, el abuso de sustancias y el suicidio (MNS) representan un costo inmenso y a menudo subestimado para la salud de las personas. Medidas en años vividos con discapacidad (AVD), las enfermedades mentales son responsables de casi un tercio de todas las discapacidades a nivel mundial; sin embargo, los 194 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinan en promedio solo el 2 por ciento de los presupuestos de salud a la salud mental. En resumen, la salud mental es una parte inextricable y subfinanciada del desafío de las ENT, con amplias implicaciones sociales, económicas y de salud. Por lo tanto, abordar las ENT de manera estratégica y sostenible requerirá esfuerzos concomitantes para mejorar el acceso y los resultados de la atención en salud mental. Dada la población envejecida y la estancación económica en los países de Latinoamérica, así como el impacto negativo agudo del COVID-19 en los sistemas de salud, la región requiere un examen y comprensión más cercanos del alcance de las enfermedades mentales y los beneficios multifacéticos del fortalecimiento del cuidado de la salud mental.

Al igual que con otras ENT, hay estrategias efectivas para tratar las enfermedades mentales, pero usualmente están subfinanciadas o no están disponibles para muchas personas en todo el mundo, especialmente

en países de ingresos bajos y medianos (PIBM), que constituyen 17 de las 21 economías de América Latina, y en las regiones pobres de países de altos ingresos. Esta brecha en la atención en salud mental representa un gran obstáculo para abordar adecuadamente las necesidades básicas y los derechos humanos de las personas en todas partes. Soportar una mejor salud mental es esencial para lograr la atención médica universal (AMU), como se establece en iniciativas como UHC2030 y la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre la AMU en 2023, que buscan garantizar atención médica de calidad para todos, sin riesgo de carga financiera. Pero abordar las enfermedades mentales no es solo un objetivo específico de salud, sino que es esencial para alcanzar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, así como los derechos establecidos en compromisos internacionales importantes como la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Los esfuerzos para abordar la salud mental pueden ser reconsiderados no solo como una inversión sólida en el futuro, sino también como algo inseparable para enfrentar el gran desafío de las ENT y brindar atención médica de calidad a todos.

Más allá de los fundamentos morales y éticos para invertir en la salud mental, también hay argumentos económicos y sociales sólidos impulsados por una mayor calidad de vida, comunidades más resilientes y una mayor productividad – que son elementos críticos para sociedades saludables y sostenibles. La salud mental ya no puede relegarse a un pensamiento secundario en los esfuerzos para abordar el desafío global de las ENT. En Latinoamérica, al igual que en otras regiones, la salud mental puede mejorar mediante una promoción continua, una asignación de recursos específica, políticas integrales y cooperación intersectorial. Como lo demuestra este informe breve, los esfuerzos para abordar la salud mental pueden ser reconsiderados no solo como una inversión sólida en el futuro, sino también como algo inseparable para enfrentar el gran desafío de las ENT y brindar atención médica de calidad a todos.

El alcance de la carga en salud mental

Junto con las principales ENT que causan una mortalidad temprana, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, la salud mental a menudo es tratada como una prioridad secundaria o menos urgente, pero los datos muestran cada vez más la verdadera magnitud de la carga de la salud mental. Si bien las estimaciones de prevalencia de enfermedades mentales por lo general se basan en encuestas nacionales y estudios de calidad variable, son suficientes para obtener una imagen aproximada de la carga de las enfermedades mentales en todo el mundo, aunque estas cifras aún pueden representar un subvaloración. Según la OMS, cerca de mil millones de personas en todo el mundo tenían un trastorno mental diagnosticable en 2022, el 82 por ciento de las cuales se encontraban en PIBM. Hasta 2019, esto incluía aproximadamente 280 millones de personas que viven con depresión y 300 millones de personas que viven con ansiedad, y a partir de 2021, más de 700.000 muertes cada año se pueden atribuir al suicidio. El COVID-19 solo ha aumentado estos impactos, y la OMS estima que la pandemia aumentó la prevalencia de la ansiedad y la depresión en un 25 por ciento en todo el mundo durante su primer año. Esta carga global se agrava por el conocimiento de que existen tratamientos bastante efectivos, pero a menudo no están disponibles para quienes los necesitan. En los países de bajos ingresos, hasta el 75 por ciento de las personas que tienen un trastorno mental no reciben tratamiento, y en algunos condados, la brecha en el tratamiento para personas con condiciones graves de salud mental, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, llega a ser tan alta como el 90 por ciento. En conjunto, las condiciones de salud mental imponen un costo enorme en términos de mala salud y productividad reducida, el cual se proyecta que alcanzará los 6 billones de dólares anualmente para el año 2030 a nivel mundial, más que los costos combinados del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

Juntos, las condiciones de salud mental imponen un enorme costo en términos de mala salud y productividad reducida, el cual se proyecta que alcanzará los 6 billones de dólares anualmente para el año 2030 a nivel mundial, más que los costos combinados del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

Carga de las enfermedades mentales en Latinoamérica, 2020

Las enfermedades mentales representan aproximadamente un tercio de todas las AVD (Años Vividos con Discapacidad) en la región, y se han informado impactos más agudos en Brasil, Chile y Argentina.

Nota sobre la medición del impacto de la salud mental: Los Años Vividos con Discapacidad (AVD) vs. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD): Los estudios varían en las métricas utilizadas para medir el impacto de las enfermedades mentales. Los Años Vividos con Discapacidad (AVD) a menudo muestran una carga de enfermedad más alta que los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), una medida que combina los AVD con los Años de Vida Perdidos (AVP). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) argumenta que los AVAD tienden a subestimar la carga de enfermedad causada por los trastornos mentales, debido a que la muerte rara vez se atribuye a la salud mental, y que los AVD, por lo tanto, proporcionan una forma menos sesgada de comparar la discapacidad entre enfermedades. Por ejemplo, aunque las enfermedades mentales son una causa común de suicidio, el suicidio a menudo se clasifica como una "lesión" en lugar de una muerte debido a una enfermedad mental.

Salud mental como porcentaje de todos los AVD y AVAD en Latinoamérica, 2020



* LMIC=PMBI (países de medianos y bajos ingresos) / High Income = ingresos altos

| | YLDs | DALYs | Income Status |
|----------------------|------|-------|---------------|
| Argentina | 36.4 | 19.3 | LMIC |
| Bolivia | 32.6 | 13.8 | LMIC |
| Brasil | 37.5 | 19.3 | LMIC |
| Chile | 37.0 | 23.9 | High Income |
| Colombia | 34.6 | 18.4 | LMIC |
| Costa Rica | 34.7 | 21.9 | LMIC |
| Cuba | 32.8 | 19.6 | LMIC |
| República Dominicana | 33.7 | 15.5 | LMIC |
| Ecuador | 35.6 | 18.5 | LMIC |
| El Salvador | 35.0 | 19.1 | LMIC |
| Guatemala | 35.4 | 16.7 | LMIC |
| Haití | 29.2 | 8.9 | LMIC |
| Honduras | 34.6 | 15.3 | LMIC |
| México | 34.1 | 18.5 | LMIC |
| Nicaragua | 36.2 | 21.2 | LMIC |
| Panamá | 33.6 | 18.0 | High Income |
| Paraguay | 35.8 | 17.9 | LMIC |
| Perú | 33.5 | 18.3 | LMIC |
| Puerto Rico | 31.5 | 19.4 | High Income |
| Uruguay | 34.5 | 19.2 | High Income |
| Venezuela | 34.4 | 16.5 | LMIC |

fuentes de datos: OPS, carga de Trastornos de Salud Mental en las Américas: perfiles de países, 2020.

Estas tendencias se mantienen en las Américas. En 2019, el 15.6 por ciento de las personas en las Américas, incluyendo Norte América y Sur América, tenían un trastorno de salud mental, la proporción más alta de cualquier región de la OMS, y las MNS representaron un tercio de todos los AVD en la región, así como una quinta parte de todos los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (ver nota anterior). En Latinoamérica específicamente, las MNS exhiben una prevalencia variada que refleja los diversos contextos de los países involucrados. En un estudio de 2017, la OMS concluyó que Brasil tenía las tasas más altas de ansiedad en el mundo (el 9.3 por ciento de la población) y las quintas tasas más altas de depresión (el 5.8 por ciento de la población). Los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que, a partir de 2020, el 37.6 por ciento de todos los AVD en Brasil se pueden atribuir a MNS, la proporción más alta en Latinoamérica, seguida de Chile (37.0 por

ciento), Argentina (36.4 por ciento) y Nicaragua (36.2 por ciento). Cuando se mide en AVAD, Chile lidera la región (23.9 por ciento), seguido de Costa Rica (21.9 por ciento), Nicaragua (21.2 por ciento) y Cuba (19.6 por ciento). Al igual que en otras regiones del mundo, los grupos demográficos más afectados incluyen a los adolescentes, las mujeres (especialmente durante el embarazo), los adultos mayores, las personas LGB-TQI+ y los grupos que experimentan eventos traumáticos en sus vidas, como el desplazamiento o conflictos.

Caso de estudio

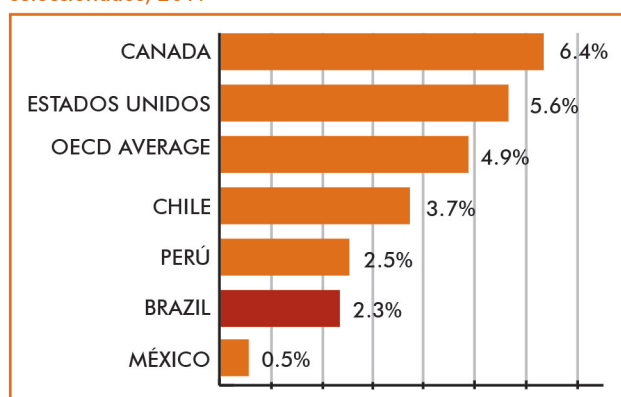
Aumento del acceso a los profesionales de la salud mental en Brasil

En medio de algunas de las tasas de prevalencia más altas de ansiedad y depresión en el mundo, Brasil sufre de un déficit continuo de profesionales de la salud mental. En Brasil y muchos otros países de ingresos bajos y medianos, varios factores disuaden a los profesionales médicos de especializarse en salud mental, incluida la mala remuneración, el estigma contra la profesión, la alta insatisfacción laboral, la falta de oportunidades de capacitación y la falta de recursos. El Atlas de Salud Mental de la OMS estimó que en Brasil había solo 3.7 psiquiatras por cada 100.000 personas en 2020. Si bien las proyecciones históricas sugerían que 10 psiquiatras por cada 100.000 personas era el nivel mínimo necesario para abordar las enfermedades mentales en cualquier país, se cree que ese nivel mínimo es mucho mayor hoy en día, a medida que aumenta la conciencia sobre los indicadores bajos de salud mental y el acceso insuficiente. Muchos países de la OCDE tienen más de 20 psiquiatras por cada 100.000 personas, pero eso aún puede ser insuficiente para abordar las brechas en la atención y proteger la salud mental junto con la prevención de las ENT o el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Brasil también sufre de una distribución desigual de profesionales de la salud mental, con algunas regiones del norte con tan solo 0.7 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, según una estimación de 2014. El gobierno brasileño ha estado trabajando para abordar esta escasez, incluido el Programa Más Médicos (Programa Mais Médicos), lanzado en 2013, que proporcionó recursos para reclutar a 16.000 médicos de atención primaria, incluidos psiquiatras. Este esfuerzo fue renovado en 2020 con el lanzamiento del Programa Médicos pelo Brasil (Médicos

alrededor de Brasil), que se enfoca específicamente en poblaciones vulnerables y remotas. A través de su apoyo al Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, que es responsable de los centros de atención psicosocial del país (Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS), el programa tiene previsto atender a 4.875 municipios y 34 distritos especiales de salud indígena, lo que expandirá significativamente el acceso y la capacidad una vez que se implementen.

Al igual que en otras regiones, Latinoamérica expe-

Porcentaje de médicos especializados en psiquiatría en países seleccionados, 2019



Fuente de datos: *demografia médica no Brasil 2020*.

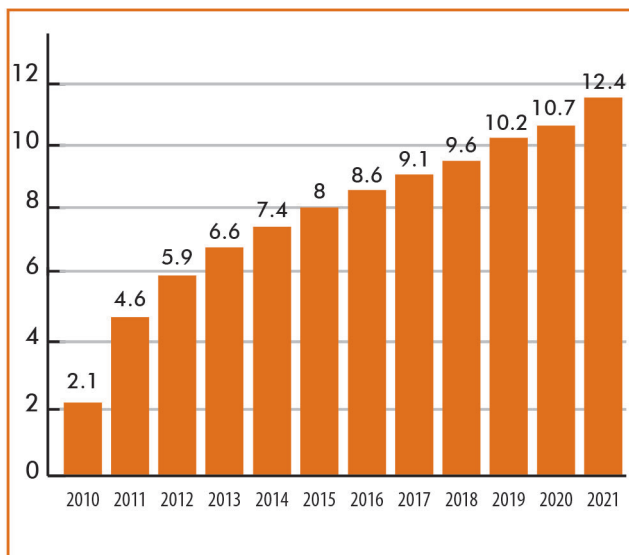
rimenta brechas importantes en la atención de las MNS (enfermedades mentales, neurológicas, por uso de sustancias y suicidio), principalmente debido a la falta de financiamiento adecuado. En 2018, la OPS encontró que la proporción de la carga de enfermedad atribuible a las MNS en las Américas es seis veces la proporción de fondos de salud pública asignados a problemas de salud mental. Para adultos con trastornos moderados y graves, la brecha de tratamiento media, es decir, el porcentaje medio de personas con enfermedades mentales que no reciben tratamiento es del 47.2 por ciento en Norte América, pero del 77.9 por ciento en Latinoamérica y el Caribe. Las brechas para enfermedades específicas incluyen un 56.9 por ciento para la esquizofrenia, un 73.9 por ciento para la depresión y un 85.1 por ciento para el abuso de alcohol. Aproximadamente el 60 por ciento del financiamiento para los servicios de salud mental en Latinoamérica aún se destina a hospitales psiquiátricos, los cuales las mejores prácticas modernas consideran generalmente ineficaces para el tratamiento de enfermedades mentales y que, en algunos casos, incluso pueden empeorar las condiciones mentales.

Caso de estudio

Salud mental y AMU en Chile

Como parte de reformas de salud más amplias en 2005, Chile introdujo el Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES), un paquete de AMU que incluye beneficios tanto médicos como psicosociales. Este garantiza el acceso a cobertura de salud de calidad para más de 85 diagnósticos, prestando atención para proporcionar acceso igualitario a beneficiarios en entornos de atención médica pública y privada, e integrar la salud mental con la atención primaria a nivel local. Hoy en día, el 80 por ciento de aquellos que buscan atención de salud mental a través del GES reciben tratamiento de proveedores de atención primaria, y la cobertura de salud mental para el quintil de ingresos más bajo ha aumentado en un 20 por ciento.

Número de psiquiatras en Chile por cada 100.000 personas, 2010-2021



Fuente de datos: OCDE y Banco Mundial

En el contexto del doble desafío planteado por las enfermedades mentales y otras ENT en Latinoamérica y en todo el mundo, también es importante destacar la estrecha relación bidireccional entre dichas enfermedades. Las personas con ENT a menudo padecen comorbilidades, ya que la presencia de ENT, como enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, aumenta la probabilidad de enfermedades mentales, y la presencia de enfermedades mentales se relaciona con tasas más altas de ENT. Por ejemplo, se ha descubierto que los adultos que tienen una ENT tienen dos o tres veces más probabilidades de desarrollar depresión, y las personas que tienen trastornos de ansiedad tienen 2.2 veces más probabilidades de tener enfermedades cardíacas. Como resultado, la AMU efectiva depende

de abordar ambos elementos simultáneamente. Para cambiar la narrativa sobre las enfermedades mentales, el mundo necesita reconocer los inmensos costos que estas imponen junto con otras ENT, y reconsiderar el costo del tratamiento como una inversión en el bienestar general y la salud con rendimientos directos y sustanciales.

Los retornos económicos y sociales de invertir en la salud mental

Comprender completamente el alcance de las enfermedades mentales requiere ver más allá de los impactos inmediatos en la salud para entender los diferentes costos económicos y sociales que estas implican. Estos costos se acumulan principalmente para los individuos, ya que sufren una menor calidad de vida, desempleo y subempleo, estigma, exclusión, pérdida de oportunidades (incluida la pérdida de educación) y riesgos de caer en la pobreza. Sin embargo, las familias y los cuidadores también enfrentan costos debido al tiempo, estrés y recursos involucrados en la provisión de atención, al igual que las comunidades y sociedades más grandes, que, en ausencia de una atención preventiva adecuada para la salud mental, deben gastar recursos adicionales en sistemas de salud y apoyo y terminan con una productividad general más baja. Un estudio de 2022 realizado por The Lancet Clinical Medicine estimó que los trastornos mentales pueden generar pérdidas económicas anuales de hasta 5 billones de dólares en todo el mundo, lo que equivale al 7.6 por ciento del PIB en Latinoamérica tropical, 5.7 por ciento en Latinoamérica central y 5.0 por ciento en Latinoamérica andina.

Dado estos costos tan altos, surge un convincente argumento económico para invertir en la salud mental. Cuando se conceptualiza como un retorno de la inversión (ROI), cada dólar gastado en salud mental podría pagar más que su costo. Por ejemplo, las inversiones para ampliar el tratamiento de la ansiedad y la depresión a nivel mundial probablemente generarían un ROI de alrededor de 4 a 1, resultado del restablecimiento de años de vida saludables y ganancias económicas en productividad. En Latinoamérica, al igual que en otros lugares, estos esfuerzos implican claramente expandir el acceso a recursos básicos de salud mental en la comunidad, profesionales de la salud mental capacitados y medicamentos, los cuales son escasos en la región.

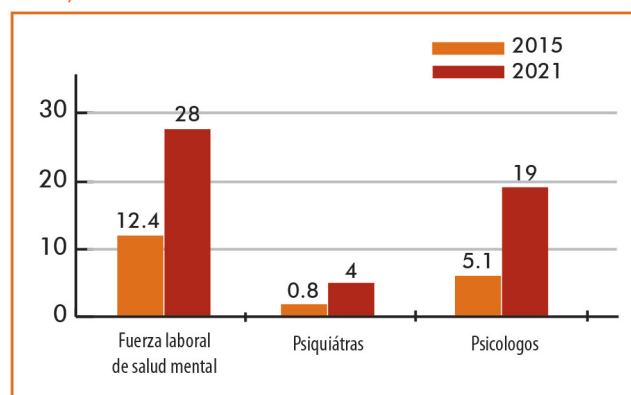
Diagnosticar y tratar los desafíos de salud mental en etapas tempranas de la vida puede generar beneficios aún mayores y múltiples. Por ejemplo, invertir en programas para padres con niños en riesgo de desarrollar una enfermedad mental ha demostrado que rinde hasta 9 a 1. En otros lugares, las intervenciones en los casos más graves de enfermedades mentales, como los casos de autolesiones que se presentan en hospitales, pueden generar retornos de hasta 15 a 1.

Caso de estudio

El éxito de Perú en la adopción de la atención basada en la comunidad

A pesar de las amplias evidencias e investigaciones que demuestran que los hospitales psiquiátricos son casi siempre ineficaces para abordar problemas de salud mental e incluso pueden empeorarlos, hasta un 60 por ciento del gasto en salud mental en Latinoamérica aún se destina a estos establecimientos. Al reconocer esto, Perú comenzó a desviar fondos de estos hospitales hacia la atención basada en la comunidad en 2013, lo que incluyó la incorporación de servicios de salud mental en el esquema del Seguro Integral de Salud (SIS) de Perú, así como la implementación de un presupuesto a 10 años establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas en 2014 para apoyar los servicios de salud mental basados en la comunidad y expandir aún más los recursos de salud mental. Como resultado, la cobertura de servicios de salud mental se ha ampliado. En 2009, el 9 por ciento de los peruanos recibían la atención de salud mental que necesitaban. Para 2018, esa cifra había aumentado al 26 por ciento. Además, el país pasó de contar con solo 23 centros comunitarios de salud mental en 2015 a 208 en 2021.

Fuerza laboral de salud mental en Perú por cada 100.000 personas, 2015-2021



Fuente de datos: OMS, informe sobre salud mental mundial, 2022.

Abordar la salud mental beneficia la vida individual, el hogar y la comunidad, y la sociedad en general. A nivel individual, el tratamiento de enfermedades mentales y la mejora de la calidad de vida, tanto para los pacientes como para los cuidadores, pueden contribuir a una vida plena y feliz. La salud mental está vinculada a objetivos de desarrollo a nivel social, como el ODS 1 (eliminar la pobreza), el ODS 4 (acceso a una educación de calidad) y el ODS 10 (reducir la desigualdad), así como a los derechos humanos universales, como el derecho a un nivel de vida adecuado, consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU. El tratamiento efectivo de la salud mental mejora los resultados económicos ya que reduce los gastos en salud y permite mayores ingresos, lo que ayuda a aliviar el ciclo vicioso entre las enfermedades mentales y la pobreza. En México y Colombia, por ejemplo, los estudios han demostrado que la pobreza multidimensional se relaciona con tasas más altas de síntomas depresivos. Las inversiones en salud mental pueden ayudar a romper este ciclo, sentando las bases para un cambio mayor.

La atención preventiva de las enfermedades mentales también puede ayudar a reducir la utilización general de servicios de salud al disminuir la prevalencia y gravedad de los casos, liberando los recursos para otras prioridades. Esto puede generar respuestas más efectivas a otros desafíos de salud, como las enfermedades transmisibles, o a dedicar más recursos a otros bienes públicos, como la infraestructura, la educación y la investigación. Dado que la industria global de atención médica representa alrededor del 4.4 por ciento de las emisiones globales de gases de efecto invernadero, la atención preventiva en salud mental también puede ayudar a reducir las emisiones de carbono y contribuir en la lucha contra el cambio climático, que se ha identificado como un determinante social de la salud mental. Estos diversos beneficios demuestran la naturaleza integral de la lucha contra las enfermedades mentales en toda la sociedad, así como la gran gama de posibles beneficios.

Caso de estudio

Desafíos de salud mental entre los refugiados venezolanos

La difícil situación de los millones de refugiados venezolanos que se han desplazado por toda Latinoamérica en la última década ayuda a demostrar los desafíos de salud mental en la región debido a la agitación po-

lítica. Las personas desplazadas, que huyen de conmociones políticas, económicas, climáticas y otras, probablemente sufrirán efectos agudos y potencialmente a largo plazo en ausencia de apoyo para servicios de salud mental tanto para circunstancias rutinarias como extraordinarias. Por ejemplo, un estudio de 2020 encontró que más del 20 por ciento de los migrantes venezolanos que viven en Bogotá, Colombia, mostraban signos de trastorno de estrés postraumático (TEPT), en comparación con una prevalencia estimada en la población colombiana más amplia de menos del 3 por ciento. Americares, una organización mundial de salud y ayuda durante desastres, ha respondido operando 10 clínicas para abordar las preocupaciones de salud de los venezolanos que cruzan la frontera colombiana, enfocándose particularmente en el apoyo en salud mental y servicios de salud reproductiva. En coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, USAID y el Departamento de Estado de EE. UU., Americares ha brindado 863.000 consultas de atención primaria y salud mental desde agosto de 2018.

Vías para mejorar los resultados en salud mental

Dado los impactos de las enfermedades mentales en toda la sociedad y los beneficios acumulativos de una mejor atención en salud mental, hay imperativos claros para abordar esta importante prioridad de salud. La salud mental debe ser reconsiderada como inseparable de la lucha contra otras ENT, como enfermedades cardiovasculares, cánceres y diabetes, y por lo tanto inseparable del impulso hacia la AMU. El aumento del impulso para lograr la AMU, liderado por esfuerzos como UHC2030 y la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre la AMU 2023, respalda el principio de que todos merecen acceso a la atención médica que necesitan, cuándo y dónde la necesitan, sin sufrir dificultades financieras, como se describe en el ODS 3.8. La urgencia de una mejor salud mental en esta misión más amplia se refleja tal vez mejor en el título de un informe reciente de la Red Global de Acción en Salud Mental: No hay Salud Sin Salud Mental. Debido a que las brechas de tratamiento para las enfermedades mentales alcanzan hasta el 90 por ciento en algunos lugares, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, y debido a la prevalencia de comorbilidades entre los trastornos mentales y otras ENT, progresar en el factor más grande de mortalidad del mundo re-

querirá esfuerzos paralelos a través de la programación de la AMU para abordar las dolencias físicas crónicas junto con las enfermedades mentales.

Existen varias vías que se pueden priorizar en Latinoamérica, y más allá, para lograr un cambio de paradigma en la lucha contra las enfermedades mentales y fortalecer los esfuerzos para la AMU en todo el mundo: Expandir los recursos nacionales para la salud mental: Por encima de todo, los países de Latinoamérica y de todo el mundo pueden destinar más recursos a la atención de salud mental y asegurarse de que el dinero se utilice de manera eficiente. En Latinoamérica, países como Perú y Brasil han realizado esfuerzos para cambiar de instituciones psiquiátricas centralizadas y mal equipadas hacia una atención basada en la comunidad a nivel local, respaldada por comunidades solidarias. Además de redirigir la financiación hacia estrategias más efectivas, los gobiernos deberían considerar otras formas de movilización de recursos internos para financiar programas de salud mental, como impuestos sobre sustancias como el tabaco y el alcohol, que también ayudan a combatir otras ENT. Se necesita un aumento de los recursos para garantizar la disponibilidad adecuada de profesionales de la salud mental capacitados y el acceso a soluciones farmacológicas de bajo costo.

Catalizar el cambio a través de donantes internacionales: Si bien la financiación local sentará las bases para soluciones de salud a largo plazo y sostenibles, la financiación internacional de donantes externos puede actuar como un catalizador para impulsar la acción en áreas específicas. Por ejemplo, el Fondo Health4Life es un mecanismo de financiamiento de la ONU establecido en 2021 para ayudar a los países de ingresos bajos y medios a combatir las enfermedades mentales y otras ENT, y fortalecer los sistemas de salud. Al proporcionar subvenciones e impulsar cambios en la legislación, políticas y regulaciones, el fondo busca salvar 39 millones de vidas y lograr beneficios económicos por un valor de 2.7 billones de dólares mediante un esfuerzo para movilizar e invertir 250 millones de dólares durante sus primeros cinco años.

Priorizar a los grupos en riesgo: Al igual que en el tratamiento de otras ENT, la inversión en salud mental puede tener el mayor impacto al dirigirse a las poblaciones más vulnerables, como mujeres embarazadas (una de cada cinco de las cuales experimentará una enfermedad mental), grupos indígenas (para los cuales la brecha de tratamiento en Latinoamérica es del

80 por ciento), personas mayores (una de cada cuatro de las cuales experimenta un trastorno mental), adolescentes (para quienes el desarrollo temprano y el manejo incorrecto de enfermedades mentales pueden tener impactos de por vida) e individuos LGBTQI+ (por ejemplo, las personas lesbianas, gays y bisexuales tienen más del doble de probabilidades de experimentar ansiedad y depresión que la población heterosexual). En estos grupos, a menudo existen sinergias entre la salud mental y otros objetivos de salud, como brindar apoyo mental a las madres junto con los servicios de salud materna, controlar la ansiedad y la depresión entre los adultos mayores que sufren de otras ENT o brindar servicios de salud mental a refugiados y personas desplazadas internamente en conjunto con otros servicios de apoyo social.

Proporcionar atención a través de un enfoque multisectorial y a lo largo del curso de la vida: Las enfermedades mentales pueden manifestarse de diferentes formas a lo largo del curso de la vida, desde la infancia hasta la vejez, y los sistemas de salud necesitan opciones flexibles y dinámicas para brindar servicios de salud mental integrales y efectivos como parte de la atención primaria. Como lo reconoce el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2030, un enfoque multisectorial exitoso para la salud mental se nutrirá de diversos sectores, incluyendo salud, educación, vivienda y empleo, así como de actores del sector privado y esfuerzos internacionales. Una de estas iniciativas es el programa "Response, Early Intervention and Assessment in Community Mental Health (REACH)" de Singapur, que moviliza redes multisectoriales de atención para jóvenes en riesgo de enfermedades mentales. Los equipos de REACH, integrados por médicos, psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales, trabajan para construir experiencia clínica en la prestación de servicios de salud mental en una variedad de contextos, incluyendo hospitales, escuelas y organizaciones sin ánimo de lucro que brindan servicios comunitarios.

Invertir en datos e investigación: El progreso en la salud mental, al igual que en otras ENT, depende de prácticas bien desarrolladas y estandarizadas para evaluar la magnitud de la carga de enfermedad y la efectividad de diferentes respuestas. Existe una falta de datos de calidad en Latinoamérica y en todo el mundo, y se cree que el impacto real de las enfermedades mentales a menudo se subestima. Además, no solo la investigación en salud mental está fuera de proporción

con su carga de enfermedad en general, sino que solo el 10 por ciento de esa investigación se centra en los países de ingresos bajos y medios, que incluyen 17 de los 21 países de Latinoamérica, y la mitad de esa investigación aún se realiza por países de altos ingresos. Se necesitan más recursos para la investigación localizada en países de ingresos bajos y medios, que sea realizada por profesionales en esos países, para obtener una imagen clara del alcance de las enfermedades mentales en diversos contextos nacionales, regionales y comunitarios. Un esfuerzo de este tipo es la "Red Latinoamericana de Tratamiento e Innovación en Salud Mental (LATIN-MH)", que coordina centros de investigación y capacitación en São Paulo, Brasil, y Lima, Perú, especializados en las comorbilidades entre enfermedades físicas y mentales crónicas.

Expandir la educación y la concientización: Para que la atención sostenible basada en la comunidad sea altamente efectiva y para aprovechar los recursos de toda la sociedad para responder a las enfermedades mentales, se necesitan esfuerzos concomitantes para aumentar la concientización sobre los problemas de salud mental y contrarrestar los estigmas. Por ejemplo, en Latinoamérica, el estigma social puede evitar que los pacientes reciban atención o vivan una vida plena, y también puede desalentar a los profesionales médicos de trabajar en la salud mental. Las campañas públicas, como la campaña #DoYourShare (haz tu parte) de la OPS (llamada #FaçaSuaParte en Brasil) para educar a las personas sobre la enfermedad, pueden ayudar a cambiar percepciones, al igual que los actores del sector privado como Yo Quiero Yo Puedo, una ONG en Ciudad Juárez, México, que trabaja para combatir el estigma y alentar a los mexicanos a acceder a la atención para enfermedades mentales.

Las enfermedades mentales representan un desafío importante para la resiliencia del sistema de salud, el crecimiento económico y el bienestar social en Latinoamérica. Estas intervenciones representan solo algunas de las opciones disponibles para los gobiernos y servicios de salud en el continente para abordar, prevenir y tratar las enfermedades mentales. La reconstrucción y fortalecimiento de los sistemas de salud a raíz de los impactos devastadores de la pandemia de COVID-19 representan un momento crucial para integrar la atención de salud mental y la atención de enfermedades no transmisibles de manera más estrecha en los sectores de salud de Latinoamérica.

La Salud Mental en un mundo aceleradamente invivible

Mental health in a rapidly unlivable world

Santiago Levin
Vicepresidente APAL

“Salud Mental” es un sintagma muy utilizado y poco comprendido, que merece un esclarecimiento. ¿Qué es “salud mental”? Con mayúscula (Salud Mental), hace referencia al conjunto de políticas públicas destinadas a comprender y dar cuenta del problema a nivel poblacional. En inglés existe el constructo Salud Mental Pública (Public Mental Health), que ciertamente deberíamos incorporar en nuestro idioma. Con minúscula (salud mental), hace referencia al estado mental de salud de un individuo dado en un determinado momento de su vida. Pero además “salud mental” es, también, un campo del conocimiento y de la praxis en el que convergen diversas disciplinas científicas y no científicas (campo complejo, heterogéneo y no carente de conflictividad), y a la vez un ángulo desde el que todo momento y circunstancia del acontecer humano puede y merece ser analizado (embarazo adolescente, actitudes ante la muerte, abusos de todo tipo, violencia de género, desempleo, cosmovisiones, diseños de mundos posibles, deserción escolar, estallido de los binarismos sexuales, vínculos de pareja, nuevas configuraciones familiares, y un larguísimo etcétera).

Hablemos hoy de la primera de las acepciones mencionadas: la Salud Mental como preocupación sanitaria. Y no sólo regional sino global. Un solo dato alcanza: según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2050 la depresión será la primera causa de morbilidad global. Superando (como lo está haciendo en estos mismos momentos) a todas las otras causas de enfermedad de todo tipo. ¿Qué puede significar, en una primera mirada, este ominoso dato? Muy simplemente, que hemos fallado como civilización en la construcción y diseño de un mundo en el que todos los seres humanos tengamos un lugar significativo para existir. Por ello, hablar de Salud Mental en abstracto constituye no solo una falta de pertinencia sanitaria sino una irresponsabilidad. Se suele hablar de Salud Mental en términos de clases medias que tienen acceso, en términos de consejos prácticos para quienes conocen lo que les pasa, y en general lejos de las grandes mayorías crónicamente dejadas de lado en las políticas globales en todos los sentidos. No hay Salud Mental sin equidad social, sin un sistema sanitario justo, sin un sistema general de vida que incluya a todos y a todas en una narrativa de futuro que habilite construcciones colectivas inclusivas y solidarias.

Hoy más que nunca, no alcanza con recitar la retahíla de palabras políticamente correctas tales como “universalidad”, “intersectorialidad”, “comunitaria”, etc. Hoy más que nunca, hablar de Salud Mental es hablar de un mundo respetuoso del planeta (que nos asegure la supervivencia lisa y llana), de una ética de la paridad y de la solidaridad (que permita pensarnos

en cardumen, en equipo, en “solidaridad de rebaño”), y que rescate la imperecedera noción de utopía, es decir, de una narrativa que nos incluya a todos, porque todos los seres humanos somos seres mentales y no existe realización individual sin realización colectiva. Cada logro pequeño es importante, pero no podemos perder de vista el horizonte que nos debe guiar.

Nunca como ahora, quienes trabajamos en Salud Mental somos activistas por un mundo justo y equi-

tativo. Como dijo alguna vez Rosa Luxemburgo, “por un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres”.

La Salud Mental no puede ser más una cuestión de burocracias supranacionales sino un programa de desarrollo y construcción colectiva en el que el desarrollo individual se inscriba en la realización colectiva, en un contexto en el que el amor por las diferencias sea la divisa.

NASMA: Una visión desde Centro America, el Caribe y México

Nasma: a vision from Central America, the Caribbean and Mexico

Mirna Roxana Santos Ruano

*Secretaria regional
Centroamérica y el Caribe APAL*

La pandemia del COVID-19 nos dejó experiencias de todo tipo; sin embargo, fue un fenómeno que nos despertó a la reflexión sobre situaciones que se venían dando y que por alguna razón no les habíamos dado la importancia que se merece, tal es el caso de la situación de la salud mental tanto en el mundo como en América Latina.

La Nueva Agenda para la Salud Mental de las Américas es un producto positivo de las experiencias y reflexiones que la pandemia nos dejó, ya que desde hace muchos años los profesionales de la Salud Mental hemos visto con preocupación que algunos problemas de Salud Mental como la Depresión, las tasas de Suicidio, el consumo de sustancias han ido aumentando al punto de empeorar cada día la situación social y económica de los países de América Latina sobre todo en los países pequeños como los que corresponden a la mayoría de la región norte que comprende Centro América, El Caribe y México.

Revisando la NASMA veo con satisfacción que el esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales logró reunir datos representativos para toda Latinoamérica que manifiestan los problemas de Salud Mental en los que estamos inmersos todos los países, pero además hubo una revisión de todos los documentos que nos dan lineamientos tanto legales como médicos, sociales, económicos y políticos para tener una base sobre la cual podemos partir para crear nuevos lineamientos integrales.

Es innegable que aún con estas directrices existen brechas difíciles de romper sobre todo en países pequeños y poco desarrollados donde una de las brechas mas grandes para romper es la falta de voluntad política, pero lo mas importante es que contamos con bases para poder implementarlas si no en su totalidad por lo menos a pasos cortos pero seguros.

En cuanto a las pautas y directrices con relación al presupuesto y como mejorarlo para beneficio de la Salud Mental la NASMA nos plantea diversas posibilidades además del presupuesto público, algunas bastante viables mientras que otras dependen del sistema legislativo de cada país por lo que este es un tema que cada país deberá adaptar a las condiciones propias y es ahí donde las asociaciones de profesionales de la Salud Mental tenemos la función de intervenir en la política y los temas sociales de nuestros países.

La NASMA aborda también de manera bastante ordenada y bajo un sistema de factibilidad el tema de descentralización, cobertura y acceso a los servicios de salud; tomando en cuenta que en la región norte de APAL durante el encuentro Regional de junio 2023 logramos evidenciar la problemática

relacionada con el reducido número de profesionales de la Salud Mental; este esquema de distribución de servicios puede ayudarnos si no a resolver totalmente dicha problemática por lo menos a reducirla.

Para lograr implementar las directrices de la NASMA en función de presupuesto, descentralización, atención y políticas para elevar la salud mental a nivel nacional debemos primero trabajar educando a la población en los temas que más afectan en nuestras sociedades, esto también ha sido tomado en cuenta a través del trabajo realizado en temas como Estigma, Discriminación racial, Discriminación de Género y Migración, que son temas sociales directamente relacionados con la Salud Mental y que tienen grandes repercusiones económicas en nuestros países.

Dicho todo lo anterior podemos concluir que la NASMA es una agenda que debemos utilizar en nuestros países para crear Políticas Públicas que nos permitan poner en práctica los lineamientos descritos, tomando en cuenta que es un trabajo que solo puede rendir frutos si el equipo que lo realiza tiene la voluntad y el conocimiento.

¿Cuál sería entonces nuestra función como Asociación de Psiquiatras?

En el caso particular de la Secretaría Regional Norte de APAL, puesto que represento; considero que debemos iniciar divulgando la NASMA con los presidentes de las asociaciones de los países que corresponden a

la región y crear convenios de participación para poner en práctica las directrices brindadas, cumpliendo a través de nuestras asociaciones con un rol dentro de las mesas intersectoriales para crear políticas públicas y participar activamente en los Programas de Salud Mental locales.

Considero que debemos trabajar integralmente con colegios, asociaciones e instituciones de profesionales en medicina y psicología, sobre todo para educar a nuestras poblaciones en temas importantes como vencer el Estigma que existe sobre la Salud Mental. Tomando en cuenta que dicho estigma no solo está presente en la población, sino también en el sistema político, como en los organismos ejecutivos y judiciales de nuestros países y que de estos depende la aprobación de políticas y leyes de Salud Mental, considero también importante el abordaje de la NASMA a través de estos organismos, donde los profesionales de la Salud Mental debemos contar con el rol de educadores y transmisores de los conocimientos.

Por último, solo me queda expresar mi satisfacción por ver que ya existe un documento que no solo pone en evidencia los problemas de salud mental como prioridad de salud, sino que nos ofrece mecanismos y pautas para reducir la repercusión a nivel social, económica y de Salud en nuestros países. Espero que esta Nueva Agenda sea la apertura a un nuevo enfoque de la Salud Mental en cada país y que como profesionales logremos adquirir el compromiso de seguir trabajando por la Salud Mental de nuestra región.

Andrea Otero Ospina

*Secretaria Regional de
Países Bolivarianos APAL*

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto en la salud mental en Colombia, lo cual trae importantes desafíos para garantizar el bienestar mental de la población.

Ante todo, es importante mencionar que, según la Encuesta Nacional de salud mental de 2015, antes de la pandemia ya existían problemas preocupantes en la salud mental de los colombianos, y que la crisis económica y social posterior a la pandemia incrementaron la vulnerabilidad a la enfermedad mental que ya existía debido a la desigualdad socioeconómica que caracteriza al país.

El informe titulado “Una Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas” (NASMA) publicado por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) en 2023, ilustra el significativo impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en la salud mental en las Américas. El informe resalta la urgencia de abordar los problemas exacerbados durante este periodo, para lo cual define una nueva agenda para mejorar el cuidado y las políticas de salud mental en la región. La agenda provee recomendaciones detalladas para mejorar la salud mental, en las que integra la salud mental a las políticas existentes. Con ello se busca aumentar los fondos destinados a la salud mental, mejorar su distribución y garantizar los derechos humanos de quienes sufren de este tipo de trastornos.

Para integrar la salud mental a todas las políticas, Colombia cuenta con una política de salud mental. La ley 1616 de 2013 promueve la atención integral en salud mental, la prevención de los trastornos mentales y las garantías de acceso a los servicios de salud mental. El informe de la NASMA refuerza los principios y objetivos de esta política e invita a que la salud mental se convierta en una prioridad nacional después de la pandemia. Para lograrlo, debe incluirse la salud mental dentro de la cobertura universal de salud, asegurando con ello que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad. También, deben realizarse alianzas y colaboraciones entre los diferentes actores de todos los sectores involucrados en los procesos de mejoramiento de la salud mental de los colombianos.

Un segundo punto que hay que tener en cuenta es el mejoramiento de la calidad y cantidad de fondos destinados a la salud mental. En el año 2020, el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia) realizó una encuesta de Pulso Social en la que el 66.3% de los encuestados declaraban algún problema de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social asignó fondos durante la pandemia para acciones de promoción y prevención y atención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, no se conoce el monto específico aprobado para el 2022 para la salud mental dentro

del presupuesto nacional de salud. Dada la limitación en la calidad y cantidad de los fondos destinados a la salud mental en Colombia, resulta crucial implementar estrategias que optimicen su impacto con acciones propuestas por la NASMA; dentro de estas pueden mencionarse el aumento de la proporción del gasto en salud asignado a la salud mental, utilizar mecanismos de financiación adicionales y financiar programas eficaces y eficientes basados en la comunidad y centrados en los derechos humanos. Otro elemento importante que enfatiza el documento es la importancia de utilizar los fondos de manera equitativa y eficiente.

El tercer punto es la garantía de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Es un punto muy relevante para Colombia, dado que el país enfrenta serios problemas en cuanto al cumplimiento de los derechos humanos en todo su territorio. Existen numerosos grupos armados que han cometido graves abusos sobre la población, dentro de los que se cuentan el reclutamiento infantil, los secuestros selectivos y la violencia contra la población civil. Adicionalmente, las comunidades indígenas y afrocolombianas frecuentemente se encuentran en condiciones de pobreza y ais-

lamiento, y los derechos de las mujeres se ven vulnerados de manera consistente y de diversas formas.

Todas estas dificultades tienen un significativo impacto en la salud mental de la población. El documento nos muestra cómo, para garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, es indispensable seguir las recomendaciones de los principios internacionales de derechos humanos; también, adoptar un enfoque integral, conseguir una transición a servicios comunitarios basados en los derechos y realizar capacitaciones en derechos humanos en todos los ámbitos de la sociedad.

En conclusión, la crisis de salud mental en Colombia requiere de un abordaje integral de los desafíos preexistentes exacerbados por la pandemia. Para lograr una mejoría significativa de la salud mental de los colombianos, resulta imprescindible mejorar la integración de la salud mental a todas las políticas, aumentar la calidad y cantidad de los fondos destinados a la salud mental y garantizar los derechos humanos de las personas afectadas.

El camino está trazado, ¡hay que actuar! Es hora de poner manos a la obra.

Artigas Pouy

Secretario regional Cono Sur APAL

Resulta urgente un cambio de paradigma, claro que sí. Sobre todo, a nivel de políticas públicas. El trabajo conjunto que se plantea a partir del documento capta la esencia de las dificultades que viven la mayoría de nuestros países. En nuestro país la lectura del documento estuvo a cargo de integrantes de la Directiva de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Elegir el camino de colaboración entre un organismo internacional y sociedades científicas locales, aumenta con creces las posibilidades de que los contenidos del “paradigma” se contacten con la realidad y permitan avanzar en los diferentes contextos.

Destacamos este camino como valioso en tanto instancia de confluencia entre ambas instituciones. Acercamiento que, sin duda, permite profundizar en los fines de cada una de ellas.

Como se señala, es imperioso vencer las barreras de acceso a la atención, para mejorar la brecha de tratamiento. El acceso a una atención digna en salud mental (y para toda la salud) se encuentra muy lejano para grandes sectores de población. Es necesario legislar, presupuestar y reglamentar políticas públicas tendientes a superar estas diferencias. Trabajar por la inclusión, la equidad y la igualdad de oportunidades es imperativo para lograr sistemas sanitarios de acceso universal. Sin olvidar otros condicionantes de la salud (vivienda, saneamiento, empleo, prestaciones sociales . . .). No dudamos que el trabajo conjunto entre organismos internacionales y actores locales, facilitan el logro de herramientas para los fines mencionados.

En relación con el documento recibido, y siguiendo el orden en que aparecen, haremos los comentarios de los puntos que nos han llamado la atención.

Interesa destacar el valor del documento y su contenido. Resulta sumamente valiosa la intención de centrarse en nuestros países, que viven situaciones especialmente dramáticas en el campo de la salud mental, con fuerte incidencia en su génesis y mantenimiento, de severas inequidades entre sus sectores de población. Por otra parte, la posibilidad de integrar al mismo, la visión de los técnicos que desempeñan su labor en territorio, seguramente enriquece su contenido y optimiza su utilidad en la práctica cotidiana.

Sin duda, centrarse en aspectos vinculados a la asistencia, el acceso y la resiliencia, constituyen las mejores bases para un cambio de paradigma. A propósito, no vendría mal una definición de resiliencia, que muchas veces se asocia exclusivamente con factores individuales, relativizando la posibilidad de realizar actividades de sensibilización y prevención de factores de riesgo, que contribuyen con mejoras en la capacidad de adaptarnos a eventos adversos.

Vemos un poco extensa de más la sección destinada a consideraciones generales y datos mundiales. Coincidimos en la necesidad de mostrar el escenario general, pero, percibimos que un ejercicio de síntesis podría disminuir la posibilidad de distraer del foco que se intenta poner en nuestro continente.

Muy acertado, en ese sentido, resulta la inclusión del esquema: “Salud mental como porcentaje . . . etc.” -Página5-; así como el cuadro que le sigue.

Se incluye en esa página una aclaración sobre denominaciones que se usan en algunos países, que pueden distorsionar la lectura de datos (“lesiones”, por “suicidio”), que vemos como muy valioso. En esa línea se nos ocurre que una línea de trabajo a profundizar puede ser la unificación de terminología en la Región. Disponer de un “glosario” permitirá, en el futuro un intercambio más fluido entre los participantes.

Nos preguntamos si los “CASOS DE ESTUDIO” incluidos, pudieran figurar como ANEXOS, ya que de la manera que se presentan, podrían distraer de la comprensión global de la situación en América, objetivo central buscado.

Resultó compartida la consideración acerca de que cuando el documento inicia la consideración de “VÍAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS . . . etc.”, entra en su parte más sustanciosa.

Compartimos fervientemente las propuestas planteadas y la profundización en cada una de ellas. Nos pareció que algunas de estas vías podrían apoyarse en

cuadros comparativos de datos entre países de la región (sabemos que puede no haber disponibilidad en todos ellos, pero en ese caso podría incluirse el cuadro con la aclaración correspondiente).

Podría ser un matiz vinculado a particularidades de los lenguajes de cada país, pero al mencionar “multi-sectorial”, no logramos captar la inclusión de la “interdisciplina” como estrategia.

Un particular esfuerzo en ese sentido, viene realizando la Sociedad del Psiquiatría del Uruguay frente a autoridades y opinión pública para promover la atención integral -que incluya aspectos de salud mental- en los primeros niveles asistenciales, mediante la formación de equipos, la capacitación de médicos generales, de familia y emergencistas, así como la extensión en manejo de recursos psicoterapéuticos.

Tanto el trabajo interdisciplinario, como las coordinaciones interinstitucionales, están mencionadas expresamente en la Ley de Salud Mental vigente en Uruguay (Ley 19529 de 2017) en cuya reglamentación y adjudicación de partidas presupuestales se ha avanzado menos de lo deseable. Importa mencionar que ha sido inquietud permanente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay generar en autoridades y en la opinión pública conciencia de la necesidad de profundizar en el avance que la ley habilita.

Sin duda, la profundización de estos y otros intercambios, derivarán en mejores condiciones de salud para las grandes mayorías.

PRESENTACIÓN DE LIBROS

MANUAL DE PSICOEDUCACIÓN PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL ESTABLECIDO

**Marisol Taveras, Bernardo Ng, Jeff Huarcaya,
José Manuel Santacruz Escudero, Pedro Gargoloff**

Las enfermedades mentales generan un 25 por ciento de la carga de enfermedad en América Latina, afectando fundamentalmente a poblaciones más vulnerables, generando mayor inequidad y problemas sociales en las personas que las padecen, por las características de los síntomas y su consecuente compromiso en la funcionalidad, lo que hace necesario que algún miembro cercano de su familia o un cuidador externo se comprometa en el desarrollo de sus tareas.

La Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL), entendió y asumió esta responsabilidad como un compromiso superior, por lo que comprometió a distinguidos colegas académicos y que están en la práctica clínica diaria, para generar un manual que permita ofrecer soluciones prácticas a problemas sencillos y complejos en el curso y los desenlaces de las patologías psiquiátricas más comunes, trastorno de ansiedad, trastornos afectivos como la depresión y el trastorno bipolar, los trastornos neurocognitivos y las esquizofrenias, con abordados con el lenguaje claro y asequible para la población. Este manual explica de forma clara las enfermedades, su tratamiento y manejo, permitiendo a los pacientes y sus cuidadores aclarar dudas y tener pautas de su manejo. Con frecuencia, en la práctica clínica nos olvidamos de los cuidadores, pilares fundamentales en los procesos terapéuticos y de rehabilitación, por lo que esperamos que este manual comience a solucionar esa brecha y ayudar en su silenciosa labor. Creemos desde el comité editorial, el comité ejecutivo, los presidentes de las diferentes organizaciones, que este texto será de ayuda, para quienes padecen estos trastornos y que cada vez están más cerca de llevar una vida óptima.

Dr. Rodrigo Nel Córdoba Rojas
Director comité de publicaciones APAL

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

apalrevista@gmail.com

CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

Agradecimientos

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado “Agradecimientos”.

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título “Declaración de conflictos de intereses”, los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará “El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses”.

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado “Materiales y Métodos” una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: apalrevista@gmail.com. Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

a) Investigación original: describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

b) Revisión: estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

c) Casos clínicos: son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

d) Artículo científicos de controversia o de opinión: son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*

2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

Se ilustran a continuación los principales casos:

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.

2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.

3. Suplemento de un volumen

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Supl 1:275-82.

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.

5. Editor(es) como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

6. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.

Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. *Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>*

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2024 *número 1*
volumen 23

