

## Salud mental y desarrollo humano: La complejidad en la práctica del Trabajo Social.

*Guadalupe Villalobos Monroy*<sup>136</sup>

*Rene Pedroza Flores*<sup>137</sup>

*Ana Ma. Reyes Fabela*<sup>138</sup>

### RESUMEN

Actualmente México se enfrenta a una serie de problemas económicos, políticos y sociales, consecuencia del modelo de desarrollo neoliberal caracterizado por la desigualdad e inequidad. Considerando este contexto, la salud mental de los grupos vulnerables se ve afectada por este tipo de acciones, ya que el acceso a los servicios para su bienestar es limitado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define a la salud mental como el estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, en donde puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El presente artículo se divide en cuatro apartados, en el primero se realiza la conceptualización del término salud mental; en el segundo se aborda el término desde la óptica del desarrollo humano; y el tercero se refiere a la intervención del trabajo social en la misma, tomando en cuenta el enfoque del pensamiento complejo. El documento finaliza con una serie de conclusiones.

**PALABRAS CLAVE:** salud mental, desarrollo humano, trabajo social.

---

<sup>136</sup> Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Contacto: [luvimo127@hotmail.com](mailto:luvimo127@hotmail.com)

<sup>137</sup> Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Contacto: [renebufi@yahoo.com.mx](mailto:renebufi@yahoo.com.mx)

<sup>138</sup> Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Contacto: [anamar31@gmail.com](mailto:anamar31@gmail.com)

## **INTRODUCCIÓN**

Datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018), refieren que 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Además, del porcentaje de personas afectadas solo una de cada cinco recibe tratamiento.

Durante el sexenio 2000-2006, el sistema de salud mental mexicano sufrió transformaciones, se propuso el cierre de los hospitales psiquiátricos asilares, caracterizados por infraestructura insuficiente, carencia de personal especializado y violación a los derechos humanos de los enfermos. Actualmente el Sistema de salud mental opera bajo el Modelo Hidalgo, el cual estipula una infraestructura integrada por villas de atención y casas de medio camino; estancias cortas y; sobre todo, trabaja por el respeto de los derechos humanos; lo anterior, con un equipo interdisciplinario especializado que brinde la atención necesaria.

Durante los últimos años, el tema sobre la salud mental ha cobrado relevancia debido a los cambios de vida de los habitantes, sobre todo de las grandes urbes (densidad de población, movilidad, estrés laboral, cambios socioeconómicos y políticos, entre otros), ya que éstos impactan de manera directa en la salud mental, y la no atención oportuna puede detonar en algún trastorno mental.

Esta investigación es una reflexión sobre la relación entre la salud mental, el desarrollo humano y la práctica del trabajo social, bajo la siguiente premisa: no hay desarrollo humano sin salud mental.

El trabajo social, como disciplina de las ciencias sociales y como profesión, cuyo objeto de intervención es la problemática social, está enfocado a intervenir con individuos, grupos y comunidades a partir de metodologías específicas para identificar necesidades y demandas sociales; priorizarlas e intervenir oportunamente para coadyuvar al bienestar y desarrollo humano de las personas.

Los trabajadores sociales deben tener claro que con respecto a la salud mental urge contar con una preparación académica con visión preventiva que permita promover –de manera general– la salud mental en los distintos campos de intervención profesional, de

forma particular en el ámbito psiquiátrico, en donde es fundamental una correcta intervención integral a través de la familia y las redes de apoyo.

La intervención puede ser primaria, cuyo enfoque es la prevención; o secundaria, que actúa a nivel rehabilitatorio; en ambos casos se tiene que emplear el modelo bio-psico-social, que toma en cuenta el contexto social de la persona; es decir, su familia y su comunidad, incluyendo aspectos individuales y socioculturales (creencias, costumbres, pensamientos y actitudes sobre la salud y la enfermedad mental), lo cual le da un sentido de integralidad, planteado desde la mirada del pensamiento complejo.

### **CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define a la salud mental como el “estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida [...], trabajar de forma productiva y fructífera y [ser] capaz de hacer una contribución a su comunidad” (pp. 14-25)

Leal (2002) la define como un estado dinámico de equilibrio psíquico, que permite a la persona encontrarse bien consigo misma y con los demás. Todo ello sin detrimento de los esfuerzos del individuo por superar dificultades, obstáculos y crisis, con el consiguiente sufrimiento psíquico y la natural vivencia de angustia.

En 1988 el Gobierno de Canadá la definió como:

la capacidad del individuo, del grupo y del entorno de interactuar el uno con el otro en forma que promuevan el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y de relación), el logro de las metas individuales y colectivas consistentes con la justicia y el arribo y la preservación de condiciones fundamentales de igualdad (citado en Tenorio y Hernández, 2005, p. 21).

Tomando en cuenta lo anterior, no existe una sola definición, pero sí hay una alternativa para definirla de acuerdo al enfoque, Restrepo y Jaramillo (2012) señalan algunos:

- Enfoque biomédico: considera que el aspecto mental se reduce a procesos biológicos, aspectos como la afectividad, la personalidad, los comportamientos y los propios

pensamientos, mismos que están determinados por causas físicas; es decir, por el funcionamiento del cerebro. Entonces, la salud mental queda reducida a la salud física, entendida como la ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico DSM IV TR. CIE-10.

Este enfoque identifica a la salud mental con enfermedad mental, considerando las investigaciones realizadas bajo la óptica de la salud mental, que abordan la epidemiología de los trastornos mentales; por tanto, la intervención se centra en la atención profesional de los trastornos mentales a partir de la farmacoterapia y en algunos casos de la terapia electroconvulsiva o cirugía.

- Enfoque comportamental (conducta y cognición): éste se vincula con lo que sucede en el entorno de las personas; a partir de la década de los setenta hubo cambios significativos en las pautas de morbilidad, ya que aumentó la prevalencia de padecimientos crónicos degenerativos, dejando atrás a las enfermedades infecciosas. La explicación tiene que ver con los estilos de vida y los factores de riesgo a los que se expone la población. Entonces, la salud se relaciona con los hábitos de vida saludables, mientras que la enfermedad se entiende como el resultado del comportamiento “inadecuado” del individuo.

El enfoque comportamental se explica a partir de dos concepciones de la salud mental: la conductista y la cognitiva. La primera se refiere a los estímulos y las respuestas, a la formación e integración de hábitos que se pueden modificar, moldeando el comportamiento a partir de generar cambios en las condiciones ambientales que lo originan.

De acuerdo con esta idea, los trastornos mentales se deben a desajustes del hábito, por ello, su curación no significa eliminar la enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables.

Mientras que la concepción cognitiva se refiere a las estructuras y los procesos cognitivos, que tienen que ver con los pensamientos, comportamientos y sentimientos de las personas; cuando existe un trastorno mental es porque se distorsiona el pensamiento y se expresa en comportamientos irracionales o desajustados; por lo

tanto, la intervención se centra en educar e instruir para que los sujetos corrijan las formas de pensamiento desajustado que les permitan adaptarse a la sociedad.

- Enfoque socioeconómico: cobró auge en la década de los ochenta cuando empezó el interés por el análisis de las estructuras y los modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud. Lo mental se define como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia; de manera que, la salud mental se entiende en términos de derechos y desarrollo humano; la enfermedad mental es la expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales que enfrentan las poblaciones, las cuales requieren de una intervención centrada en los modos y las condiciones de vida, cuyo desarrollo se plantea desde una lógica horizontal que propicie entornos saludables y favorezcan la elección de condiciones de vida, además es intersectorial y pone énfasis en la promoción de la salud.

De modo que, definir el término salud mental no es fácil, sin embargo, no podemos entenderla como una cuestión individual, sino como una construcción social en donde confluyen aspectos sociales (costumbres, tradiciones e ideas que las masas tienen sobre los trastornos mentales); es así que, la salud mental de una comunidad

(...) está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñan de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura (Galende, 1997).

Desde el enfoque socioeconómico, la salud mental es el resultado de todas estas interacciones, cuyo fin es el bienestar dentro de un marco de respeto a los derechos humanos. La enfermedad mental es la expresión de las contradicciones sociales y condiciones socioeconómicas y el impacto que causan en las capacidades, los procesos cognitivos y de conducta de quien padece algún trastorno mental se ven reflejados en su relación familia y social, quienes constituyen las redes de apoyo para colaborar en el afrontamiento del trastorno o enfermedad mental.

El pensamiento complejo coincide con los planteamientos del enfoque socioeconómico y con el modelo bio-psico-social para el abordaje de salud mental porque la realidad es multidimensional, es decir, los fenómenos o problemas sociales se analizan a través de un panorama holístico integrador, Morin señala que el ser humano es a la vez biológico, psíquico, social, afectivo y racional. La sociedad se compone de dimensiones históricas, económicas, sociológicas, religiosas... (Morin, 1999)

### **SALUD MENTAL Y DESARROLLO HUMANO**

La salud mental y el desarrollo humano se fundamentan en la siguiente premisa: no puede haber desarrollo sin salud mental, ya que ésta es pilar para el desarrollo humano, además de tener un carácter transversal; es decir, que impacta la vida en todos los aspectos.

El tema no aparecía en los Planes de desarrollo, fue hasta la primera década del siglo pasado cuando empezó a figurar, justamente cuando el desarrollo humano comenzó a impactar con temas de trastornos mentales, de ahí la importancia.

La salud mental es un elemento clave para el desarrollo humano y está contemplada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente en el Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, de la agenda 2030.

Por su parte, la Organización de la Salud Mundial (OMS) la define en relación con la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), quien define al desarrollo como:

un proceso de expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa; conseguir las metas que se consideran valiosas y participar activamente en darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible en un planeta compartido (PNUD, 2010, p. 24).

En suma, el desarrollo humano y la salud mental tienen como propósito lograr el bienestar individual a partir del desarrollo de las capacidades de las personas; tanto las capacidades como el bienestar son concebidos de forma individual como sociocultural.

No obstante, en la realidad, la salud mental impacta de manera negativa al desarrollo humano, por ejemplo, cuando la salud mental de una persona se altera le cambia la vida, es objeto de discriminación, estigmatización y marginación, sus derechos humanos son violentados y su capacidad para tomar decisiones se pone en duda; de manera contundente se frena la posibilidad de expandir sus libertades y capacidades.

Recientemente, existen problemáticas en materia de salud mental, de ello dan cuenta los estudios realizados en diferentes países por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la OMS y demás organismos internacionales, por citar algunas cifras, entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante 2016. La OMS calcula que 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por guerras y desastres naturales (Benjet y Scott, 2016; Medina-Mora, 2007).

Desde la perspectiva económica, 15% de la carga económica mundial por enfermedad y 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales (OMS, 2011).

Para el caso de México, datos de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018) refieren que 17% de las personas en el mismo país presentan al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Hasta ahora, de las personas afectadas, solo una de cada cinco recibe tratamiento.

Considerando este contexto, la salud mental de los grupos vulnerables (familias en condición de pobreza, adultos mayores, migrantes, entre otros) se ve afectada por este tipo de acciones, ya que los servicios para su bienestar son de difícil acceso.

A pesar de los esfuerzos realizados en la materia, aún hay deficiencia de presupuesto para la salud en México, ya que solo se destina alrededor de 2% a la salud mental, cuando la OMS (2013) recomienda que se invierta entre 5% y 10%. Estos datos muestran que la salud

mental está siendo afectada; por ello, debe atenderse oportunamente para evitar el aumento de los trastornos mentales.

La dinámica de la sociedad y las comunidades juega un papel importante en la preservación o deterioro de la salud mental a partir de factores de protección y de riesgo, como se explica a continuación:

Tabla 1. Determinantes sociales y ambientales de la salud mental

Factores Protectores	Factores de Riesgo
<p><b>Personales:</b> alimentación, apego familiar, habilidades sociales, valores, autoestima.</p> <p><b>Familiares:</b> padres apoyadores, armonía familiar, familia estable, comunicación afectiva, expresión emocional.</p> <p><b>Escolares:</b> sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, colaboración y apoyo, reglas escolares contra la violencia.</p>	<p><b>Personales:</b> componentes genéticos, daño cerebral prenatal, desnutrición, discapacidad física, habilidades sociales deficientes, baja autoestima, uso de sustancias.</p> <p><b>Familiares:</b> madre adolescente, padre o madre solteros, violencia familiar, negligencia con el cuidado del niño, rechazo, desempleo de los padres.</p> <p><b>Escolares:</b> peleas/riñas, carencia de afecto en la escuela, manejo inadecuado de conducta, deserción escolar, falta de expectativas.</p>
Factores Protectores	Factores de Riesgo
<p><b>Sociales:</b> relación cercana con una persona significativa, apoyo en momentos críticos, seguridad económica, vivienda digna, buena salud física, acceso al empleo.</p>	<p><b>Sociales:</b> desventaja socioeconómica, discriminación sociocultural, violencia y criminalidad en la zona habitacional, falta de lugares de recreo, aislamiento social.</p> <p><b>Eventos:</b> abuso físico, sexual y emocional, falta de hogar, pobreza, accidentes de trabajo, guerra, desastres</p>



naturales, responsabilidad en el cuidado de un enfermo.

---

Fuente: Commonwealth Department of Health and Aged Care, National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, Australia (2000).

La información de esta tabla deja claro que los factores de riesgo influyen para la alteración de la salud mental, cada año se suicidan aproximadamente 800.000 personas, y por cada suicidio hay más de 20 personas que lo han intentado; resulta importante mencionar que el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 29 años (OMS, 2004 y 2013b), cifras son preocupantes porque la mayoría de nuestra población forma parte de este grupo etario, razón por la cual se tiene que enfocar la atención en los jóvenes.

Los datos citados pretenden ser parte de una reflexión sobre la participación activa para darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible, lo cual se aleja de la realidad, ya que las personas con algún problema de salud mental son víctimas de violencia y del estigma social, pues repercute directamente en el desarrollo humano, ya que impacta en la percepción que tiene la sociedad sobre ellos.

Consecuentemente, las personas con problemas de salud mental enfrentan barreras, por ejemplo, en el acceso a la educación, a un empleo digno o servicios de salud que les permita un buen nivel de vida, lo que los convierte en víctimas de discriminación y exclusión, debido a que los problemas de salud mental están relacionados con las tasas más altas de desempleo, mismas que se sitúan entre 70% y 90% (OMS, 2010).

Este contexto se concibe como grave porque la mayoría de los problemas de salud mental pueden prevenirse; no obstante, gran número de los afectados no recibe tratamiento; según la OMS (2011) en los países de ingresos bajos y medios, entre 75% y 85% de las personas no tienen acceso a ninguna forma de tratamiento en salud mental. (OMS, 2013b). Por ello, es necesario precisar que, quienes sí reciben tratamiento, no es el mejor, pues se carece de recursos humanos y financieros para la atención.

“En México hay 10 profesionales calificados por cada 100.000 habitantes, que se distribuyen de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1

psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud” (OMS, 2011).

### *Políticas, estrategias y mecanismos para la atención de la salud mental*

Aunque la salud mental actualmente se reconoce como pilar para el desarrollo humano, no siempre se concibió así, en el 2000, durante la Declaración del Milenio de la ONU, se propusieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); sin embargo, entre ellos no figuró la salud mental. Y en 2001, debido a las cifras preocupantes con respecto a las alteraciones de la salud mental, la OMS señaló en su Informe que la salud mental había sido dejada de lado por mucho tiempo, a partir de este suceso se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental y desde 2008 se instruyó el 10 de octubre como el Día Mundial de la Salud Mental.

Aunado a esto, en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) se señala, dentro de su propósito, que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (s.f.).

De manera semejante, la OMS en su Informe 2010, Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable, propuso la inclusión de la salud mental en las Estrategias y Planes de desarrollo, exponiendo de manera detallada las particularidades por las que las personas que padecen alguna enfermedad mental deben ser consideradas como grupo vulnerable que no debe ser excluido de las oportunidades de desarrollo.

El plan de Acción en Salud Mental 2013-2020, planteó los siguientes objetivos:

1. Cobertura Universal: todas las personas con algún trastorno mental deben tener acceso a servicios que les permitan su recuperación.
2. Derechos humanos: la atención e intervención para la prevención, promoción y rehabilitación deben ser compatibles con los lineamientos de la Convención sobre

los Derechos de las Personas con Discapacidad y con los instrumentos regionales de derechos humanos.

3. Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones de prevención, tratamiento y promoción de la salud mental deben basarse en evidencias científicas y mejores prácticas.
4. Enfoque de ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental tienen que tomar en cuenta las necesidades de todas las etapas de la vida.
5. Enfoque multisectorial: se requiere trabajar conjuntamente los diferentes sectores (educativo; laboral; desarrollo social; justicia y; sector privado, si fuera necesario).
6. Empoderamiento de los pacientes: las personas con algún trastorno mental deben ser empoderadas para participar en grupos de defensa, cabildeo de políticas públicas, planeación, legislación, oferta de servicios, monitoreo, investigación y evaluación de programas.

El Informe sobre el desarrollo humano (PNUD, 2014), *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*, considera importante tomar conciencia acerca de la necesidad de atender a los grupos vulnerables, entre los que figuran las personas con algún problema de salud mental; por ello, es necesario establecer estrategias que no afecten al desarrollo humano, sino que ayuden a transformar las normas sociales y de la política pública, lo cual se traducirá en una mejora sostenida de las capacidades de los individuos y las sociedades; al mismo tiempo que apoyará el desarrollo de la resiliencia de las personas para afrontar las adversidades y con ello favorecer su adaptación.

En 2015 se llevó a cabo la Cumbre Especial para el Desarrollo sostenible, de la cual se derivó el Programa de desarrollo 2015-2030, donde se definieron los ODS; el Objetivo 3, referente a la salud, señala la importancia de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; sin embargo, de las 13 metas de éste, solamente una está destinada a la salud mental: “Para el año 2030 se deben reducir en un tercio las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles a través de su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”. Otra meta se enfoca a la prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

De forma particular, en México se ha instrumentado una serie de estrategias para la atención de la salud mental, entre ellas:

- En el sexenio 2000-2006 se diseñó y aprobó el Programa de Acción Salud Mental, cuyos principales objetivos fueron: crear una Red Nacional de unidades médicas, diseñar nuevos modelos de atención y establecer enlaces y sistemas de referencias entre las distintas instituciones dedicadas a la atención de la salud mental. La estrategia general tomó como base el Modelo aplicado en Hidalgo, a partir de villas de atención y casas de medio camino, eliminando así el sistema de asilos o granjas (Cruz, 2002).
- El sistema de salud mental estaba compuesto por 28 hospitales, de los cuales solo cinco se encuentran en buenas condiciones, según Guido Belzaso (citado en Cruz, 2002), comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, señaló que de los 4 600 pacientes internados en los hospitales, alrededor de 2 000 representaban una carga para el Estado, pues han sido abandonados por sus familiares (llevan entre 15 y 20 años asilados y su estado es de una difícil recuperación); aunado a esto, no se cuenta con el personal suficiente para brindarles una atención humana y de calidad.
- Debido a esto, se inició la transformación del Sistema de salud mental, y durante el sexenio 2000-2006 se decidió cerrar 18 de los 28 hospitales psiquiátricos dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pues se declaró que se convertirían en hospitales de corta estancia y villas de transición, dos de las principales estructuras del nuevo sistema terapéutico denominado Modelo Hidalgo. Para dar sustento jurídico a esta transformación fue necesario reformar la Ley General de Salud, con el fin de incluir la atención de personas con padecimientos mentales a través de los servicios de salud general y especializados de atención ambulatoria y hospitalaria, cuya finalidad fuera la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la reintegración social de las personas con padecimiento mental, mismas que deben recibir un trato humano y digno.

El nuevo sistema debe disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización. Por el contrario, gira en torno a los siguientes ejes:

- Prevención: se lleva a cabo por medio de la difusión de información sobre salud mental y el diagnóstico oportuno que se otorga a los usuarios en los Centros de Salud.
- Hospitalización: comprende la atención integral al usuario para lograr su rehabilitación y pasar al siguiente nivel, a través de la Unidad de Psiquiatría en Hospital General con comité ciudadano o bien la Villa de Transición Hospitalaria, según sea el caso.
- Reintegración social: cuya base es el establecimiento de estructuras dentro de la comunidad que apoyan al usuario en su reintegración social, a través de casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Talleres protegidos, Cooperativas Mixtas, Clubes Sociales, etcétera (Sandoval y Richard, 2005).

- En 2004 se reformaron los artículos 76 y 421 de la Ley General de Salud que se refieren al derecho de los pacientes y familiares a ser debidamente informados sobre los padecimientos mentales (Sandoval y Richard, 2005), datos que deben ser suficiente en cantidad y calidad, sobre todo en lo referente a su tratamiento (riesgos, beneficios y pronóstico, así como los efectos adversos por el uso de fármacos).

También se debe informar sobre los beneficios y motivos del internamiento en una institución de salud mental, el cual debe ser de manera voluntaria, excepto en casos de ingreso forzoso por mandato judicial o urgencia, cuando la espera pudiera causar daños irreversibles o lesiones.

Para ello, se requiere la autorización de dos médicos para su permanencia en el hospital; además, se debe respetar la autonomía, que consiste en tomar en cuenta las decisiones del paciente con respecto a su salud, debiendo tratarlos de manera justa e igualitaria, evitando así todo acto de discriminación y; para protección de ellos y del personal sanitario, se debe obtener el consentimiento informado de todos los pacientes o de sus familiares en caso de que ellos sean incapaces de decidir.

Estos principios se relacionan de manera directa con la Bioética; es decir, con la conciencia por parte del personal sanitario para no dañar al paciente, también debe estar presente la beneficencia ética, cuyo objetivo es hacer el bien.

- El programa de Acción Específico de Salud Mental 2007-2012 informa de las enfermedades mentales más prevalentes de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas (2003), que mostró una tendencia similar a años previos al 2000 que no disponía de la instrumentación de programas específicos actualizados para su prevención y atención; por lo tanto, se presume que dichos programas se encuentran vigentes (Martínez, 2013) y están diseñados con base en los lineamientos del Programa Hidalgo.

Las estrategias para la salud mental del sexenio 2007-2012 fueron:

- La prevención del desarrollo de la enfermedad mental mediante la atención oportuna y el tratamiento adecuado.
  - El tratamiento ofrecido bajo un enfoque integral médico-psiquiátrico.
  - La rehabilitación psicosocial realizada mediante talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y banco de reforzadores (Martínez, 2013).
- El Programa de acción específico en salud mental 2013-2018 opera bajo los lineamientos del Modelo Hidalgo y plantea los siguientes objetivos:
    - Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica.
    - Formalizar la Red Especializada de Atención Psiquiátrica.
    - Acciones de prevención y educación de los trastornos mentales y sus factores de riesgo.
    - Impulsar la formación y capacitación de investigadores y especialistas.

Para que la atención de la salud mental se lleve a cabo se cuenta con un Marco jurídico y de planeación que, por motivos de espacio no se abordarán de manera específica en este trabajo, pero si se hará mención que se cuenta con Normas oficiales mexicanas que se relacionan con la salud mental; sin embargo, solo una se orienta concretamente a la salud mental, la NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, en la cual quedan definidas las actividades y estrategias a seguirse institucionalmente.

El intento del gobierno mexicano por llevar a cabo una transformación o reforma en materia de salud mental, toma en cuenta los acuerdos emanados de las instancias

internacionales como la OMS y el PNUD, principalmente, cambios que han quedado plasmados en leyes, programas, políticas y acciones concretas, pero en realidad aún no se logra apreciar un avance en la materia, sobre todo en el aspecto de prevención y reinserción social de las personas con algún problema mental, lo cual se observa a partir de expresiones ligadas con la violencia, lo que contribuye al deterioro de la salud mental no solo a nivel personal, sino también de las familias y la comunidad.

### **TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL**

El campo de la salud mental, al igual que los otros campos de intervención del trabajo social, han surgido de una necesidad o de una problemática que requiere ser atendida, García (s.f.) señala que los campos de intervención nacen de imperativos sociales que plantean un tipo de práctica determinada. En este sentido, dichos imperativos sociales se originan de los obstáculos durante el proceso de producción y reproducción de la vida social; es decir, se desprenden de las contradicciones estructurales de la sociedad y se expresan a partir de problemas sociales.

Atender la problemática implica un saber especializado y un saber certificado, esto tiene que ver directamente con la formación profesional de los trabajadores sociales que ejercerán su profesión en el campo de la salud mental, debido a que dichos campos han sido nombrados como áreas de intervención, resulta necesario hacer una serie de precisiones.

Carballeda (2012b), con base en Bordiu, define el campo como un espacio donde confluye una serie de interacciones, éstas pueden ser de diferente orden: conflicto, colaboración o alianza. De esta manera, el sector salud, como campo, presenta también estas características, que llevadas a los espacios institucionales pueden ser entendidos como “escenarios de intervención”.

Es necesario aclarar que en dichos espacios institucionales se presentan algunas tensiones que hasta cierto punto son lógicas y esperadas, pero también hay que tomar en cuenta que éstas cuestionan aspectos como los distintos papeles que juegan los actores sociales, los componentes que integran los escenarios (lo simbólico de las instituciones, los

propios espacios y su distribución), así como las problemáticas y su relación con lo económico, social y político, incluyendo la historicidad (Carballeda 2012b).

García (s.f) coincide con Carballeda (2012b) en el sentido de que la intervención en las instituciones se rodea de tensiones porque el trabajo social establece circuitos de intermediación, específicamente se sitúa en el circuito de la distribución de recursos, lo cual implica disputa entre las clases sociales, el Estado y la sociedad civil, hecho que genera tensiones derivadas de la estructura, la organización y la administración de los recursos y satisfactores utilizados para la atención y el tratamiento de los problemas sociales, motivo de intervención por parte de trabajo social.

Por ello, las áreas de intervención son definidas con base en dicha estructura, organización y administración de los recursos, esto les da el carácter de ser específicas desde el punto de vista interno al campo. Son dos los elementos clave para el surgimiento de las áreas de intervención:

1. El mercado de trabajo: existe una demanda del ejercicio profesional por parte de las organizaciones establecidas formalmente, los problemas a atender están dados en relación con la razón de ser de las organizaciones; al ser reconocida por la sociedad, les da el carácter de áreas dominantes.
2. La demanda social: está dada como la representación de la dinámica económica, política y social; es decir, de acuerdo al desarrollo de la sociedad en su conjunto se estructura un campo de problemas que requieren ser atendidos por el trabajo social. Las demandas pueden ser potenciales porque existen, sin embargo, puede ser que no haya una instancia que las atienda, depende de la voluntad política y del reconocimiento de la problemática por parte de los profesionales del trabajo social, para que se configure un área de intervención.

Se consideran áreas alternativas cuando existe un esfuerzo de sectores del gremio, por incorporarlas dentro del campo profesional, aunque no estén legitimadas socialmente (García, s.f.).

Galeana (2009) realiza una aportación similar a la de García (s.f.), pero de manera más detallada porque se refiere a las funciones y acciones de una cada de las áreas:



1. Áreas tradicionales: atienden necesidades esenciales mediante el manejo de la metodología tradicional (caso, grupo, comunidad), pero incluye nuevas formas de intervención que hacen que las prácticas realizadas sean reconocidas y legitimadas. En este grupo se ubican la salud, la asistencia social, la educación, el desarrollo comunitario, la vivienda, la penitenciaria, la criminológica, entre otras; y es aquí donde existe el mayor número de trabajadores sociales.
2. Áreas potenciales: atienden problemas sociales que han estado latentes, pero no se han abordado en su totalidad; por ello, no se han difundido y sistematizado los procedimientos utilizados, razón por la cual, las prácticas realizadas no son reconocidas por la población y por los propios profesionales del trabajo social; en este grupo se ubican el urbanismo, el ámbito empresarial, la procuración e impartición de justicia, la capacitación y desarrollo de recursos humanos, etcétera.
3. Áreas emergentes: como su nombre lo indica, atienden problemas y grupos sociales que no se tienen previstos, surgen por coyunturas políticas y sociales por fenómenos o desastres naturales que se convierten en problemas prioritarios que deben ser atendidos con urgencia, debido a esto, no se cuenta con los marcos metodológicos suficientes y adecuados para atender las problemáticas, pero a través del tiempo se van definiendo los procedimientos y las bases teóricas que les dan sustento. En este grupo se ubican los derechos humanos, el desarrollo municipal y regional, la atención de desastres y los grupos vulnerables y emergentes.

En la literatura existen diferencias en la nomenclatura debido a los múltiples enfoques desde los cuales se aborda, Fernández (2009), por ejemplo, utiliza el término “ámbitos” como sinónimo de campos de intervención, mismos que define como espacios de práctica profesional que requieren de la presencia e intervención de los trabajadores sociales en la mejora del sistema social; mientras que a los sectores de población de los ámbitos, los define como grupos de personas con características semejantes y necesidades comunes que requieren una atención específica (personas con discapacidad, personas sin hogar, jóvenes, entre otros).

Al respecto, Ander Egg (2015) señala que

Los campos del trabajo social son los ámbitos de intervención social propios de la profesión. Si bien es posible diferenciar conceptualmente los campos del trabajo social de las áreas y de los sectores de intervención, en la práctica se produce un cruzamiento de áreas campos y sectores (p.20).

Tomando en cuenta el análisis realizado, para efectos de este trabajo, la salud mental se ubica de la siguiente manera: según Fernández (2009), que retoma el enfoque del desarrollo humano a partir de los planteamientos de la OMS, la salud es entendida desde sus dimensiones bio-psico-sociales debido a que algunos padecimientos no solamente presentan características o causas biomédicas, sino influyen también aspectos psicológicos y sociales, como las interacciones entre la persona enferma y su entorno, la forma en que viven y afrontan las dificultades de la vida cotidiana.

La salud es una de las áreas de intervención tradicional, y su atención puede ser de dos formas:

1. Atención primaria: la otorgan los Centros de salud y los Equipos de atención primaria, encaminados a su promoción, educación sanitaria, prevención de las enfermedades, mantenimiento y recuperación de la salud, a través de la rehabilitación física y otros procedimientos.
2. Atención especializada de salud: se otorga en espacios de intervención como los de salud mental y hospitales (Fernández, 2009).

En tal sentido, la salud mental se ubica en el campo de la salud, como una atención especializada a diferentes sectores de la población (niños, adolescentes, adultos y adultos en plenitud que presentan características similares, es decir, padecen un trastorno mental); su atención debe ser de forma integral, tomando en cuenta sus propios recursos, los de su familia y los de la comunidad, por ello, el espacio de intervención puede ser tanto en las instalaciones de las instituciones de salud como extramuros (espacios comunitarios o donde se requiera).

Es importante mencionar que, en cuanto a la atención de las personas con este tipo de padecimientos, hay un cambio de paradigma, algunos autores les nombran “personas con padecimiento subjetivo”, con fundamento en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2006.

La misma Convención plantea un cambio de paradigma en lo referente a la consideración de los derechos de las personas con discapacidad, quienes dejan de ser vistas como “objeto de políticas” para pasar a ser consideradas como “sujetos de derecho” (Rubens, Wraage, Costa, 2012). De manera que, no pueden ser privadas del goce y el ejercicio de sus derechos, aduciendo su padecimiento, por el contrario, se tienen que instrumentar mecanismos de protección que los ayuden en la toma de decisiones, ya que aquí se abre otra posibilidad de intervención y acompañamiento por parte del trabajo social, cuya práctica es también política porque implica una construcción discursiva del “otro”, que es nuestro sujeto de intervención, según Carballada (2012b) lo “social, en términos de intervención, remite a la idea de conjuntos de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden y la cohesión de lo que denominamos sociedad” (p. 91).

No obstante, hay que tomar en cuenta que el trabajo social plantea la intervención con base en el diálogo y como una forma de encuentro y posibilidad de transformación a través del sistema de protección que posee la sociedad, mediante políticas, programas y proyectos derivados tanto del marco jurídico como de planeación (Carballada, 2012b).

Concretamente en el campo de la salud mental, el trabajo social, según Sobrino y Rodríguez (2007), atiende principalmente las siguientes problemáticas y necesidades:

- Atención y tratamiento de la salud mental.
- Atención en momentos de crisis
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Integración laboral.
- Apoyo al alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Protección y defensa de sus derechos.
- Apoyo a las familias.

Lo anterior debe realizarse tomando en cuenta el contexto social y comunitario porque la enfermedad mental causa estigmatización; Arnaiz y Uriarte (2006) argumentan que el estigma público constituye las reacciones de la población en general hacia un grupo, basadas en el estigma hacia ese grupo concreto. Es decir, las personas no solamente se enfrentan con su sintomatología, sino también con los prejuicios y miedos de las demás personas, por ello, el trabajador social debe considerar a la familia y las redes sociales de apoyo como amigos, vecinos e instituciones para enfrentar estas situaciones que ponen en desventaja a las personas con algún problema mental.

Con base en la información hasta aquí presentada, se infiere la necesidad de contar con un perfil profesional especializado (posgrado) que contribuya en la mejora de los retos actuales referentes a la salud mental.

#### *Trabajo Social Psiquiátrico*

El trabajo social psiquiátrico surgió como especialidad en el Boston Psychopathic Hospital de Massachusetts en EE.UU. gracias a los esfuerzos del psiquiatra Elmer Southerd y la trabajadora social Mary C. Garret, quienes en 1922 publicaron *The Kingdom of evils*, en donde expusieron los fundamentos y principios, así como los conocimientos y el adiestramiento que debían poseer quienes quisieran ejercer la nueva especialidad a la que llamaron “trabajo social psiquiátrico” (UNAM, 1978). Este adiestramiento fue impartido por ellos en el mismo hospital y en diversas escuelas de trabajo social.

Mientras que en México se impartió el primer curso formal en 1977, auspiciado por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Centro Mexicano en Estudios de Salud Mental y el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM (UNAM, 1978).

Entre los conocimientos que debe poseer el trabajador social psiquiátrico están: dinámica de la personalidad, psicopatología, psicología, evolutiva, antropología, entre otros. En tanto la actuación del trabajador social psiquiátrico se orienta por tres funciones principales:

1. Asistencial: tareas intra y extramuros con el paciente y su familia, a partir de la investigación del paciente en su medio social y familiar.
2. Académica: capacitación y aprendizaje para desarrollar sus habilidades con base en la problemática psicológica propia del campo. La capacitación ha contribuido para llevar a cabo un trabajo más riguroso en la formulación de estudios psicosociales, en el trabajo con grupos para la orientación e información psicoeducativa que promueva la salud mental, logrando con ello coordinación interinstitucional y enlace del paciente y su familia con el equipo médico y con el medio social.
3. De investigación: participación en equipos de investigación en el campo psiquiátrico, en este eje no ha habido avances significativos porque los proyectos difícilmente pueden llevarse a la práctica (UNAM, 1978).

Estas funciones han cambiado de acuerdo con las transformaciones que ha sufrido el sistema de salud mental mexicano en cuanto a su organización y funcionamiento, la profesionalización de los trabajadores sociales en este campo ha contribuido a la consolidación del mismo.

Actualmente, la institución líder en la formación de trabajadores sociales psiquiátricos es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el cual concibe a la salud mental desde el modelo biopsicosocial, pues cuando alguna de estas esferas se altera, impacta a las otras; en este sentido se hace necesaria la intervención del trabajo social, entendido como “la disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y transformación de los procesos para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social” (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016, p. 1). Por tanto, el objetivo del departamento de trabajo social es:

Administrar la operación de funciones y actividades del personal acorde a normatividad, procedimientos y programas en materia del Trabajo Social en el campo de la psiquiatría y la salud mental que coadyuven a la calidad en la atención y la mejora continua por medio de la praxis basada en la evidencia (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016, p. 24).

Las funciones y acciones que realizan los trabajadores sociales en este campo de intervención, varían de acuerdo al nivel de atención, pero, se derivan directamente del marco jurídico y de planeación descrito líneas arriba, que sustenta el actual modelo que se encuentra en operación, conocido como Modelo Hidalgo.

## **CONCLUSIONES**

La preservación de la salud mental representa un reto para los gobiernos y las poblaciones, sobre todo en aquellos países de ingresos bajos en donde predomina la inequidad, derivada de los modelos de desarrollo instrumentados.

Con base en las definiciones antes citadas, la atención a la salud mental implica la intervención primaria y secundaria de los equipos de salud; es decir, se pugna por una atención integral con calidad y calidez, basada en el respeto a los derechos humanos, tomando en cuenta el contexto sociocultural (familia y comunidad a la que pertenecen las personas con algún problema mental).

La salud mental toma en cuenta dos aspectos fundamentales: por un lado, no es sinónimo de Psiquiatría, pues ésta es una especialidad derivada de la medicina y; por el otro, el término salud mental significa mucho más que la atención médica de los trastornos mentales, pues se le tiene que concebir desde el enfoque bio-psico-social, que no separa la enfermedad física de la mental. Al llamarla salud mental y construir modelos e infraestructura con esta orientación, resulta incongruente con el sentido de integralidad que se pretende al actuar de forma interdisciplinaria.

Más que un área de intervención del trabajo social, debe considerarse como un eje que atraviesa el ciclo de vida; por ello, habría que repensar el papel del trabajo social con respecto a la salud mental, y entonces abordarla en los diferentes ámbitos de intervención, sobre todo desde la perspectiva de prevención.

El trabajo social, como disciplina de las ciencias sociales y como profesión que posee un saber especializado y certificado, se liga al desarrollo humano porque ambos pretenden alcanzar el bienestar social; en este caso la preservación de la salud mental.

Sin duda, el trabajo social ha avanzado en el campo de la salud mental, logrando consolidarlo, empero, aún queda pendiente alcanzar los objetivos de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, que se refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

Analizar comprender e intervenir en la salud mental desde la mirada del pensamiento complejo representa un reto, pero también una oportunidad para la práctica profesional de los trabajadores sociales.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Ander Egg, E. (2015). Léxico de trabajo social. México: LARIPSE.

Arnaiz A. y Uriarte J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. 26, pp. 49-59.

Carballeda, A. (2012a) 4ª reimpresión. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós.

\_\_\_\_\_ (2012b). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Margen (65), pp.1-13.

Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, Australia.

Cruz, Ángeles (2002). Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales. La Jornada. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2002/mar02/020309/046n3soc.php?origen=soc-jus.html> 96

Fernández, T. (2009). Fundamentos del trabajo social. Madrid: Alianza Editorial.

Galeana, S. (2009). Campos de acción del trabajo social. En Sánchez M. (2009). Manual de Trabajo Social. México: UNAM-ENTS.

- Galende E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- García, S. (s/f). Especificidad y roll en trabajo social. Curriculum-Saber-Formación. Buenos Aires: Humanitas.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2016). Manual de Organización Específico del Departamento de Trabajo Social. México: INPRFM.
- Leal Herrero F. (2002). Comprender la enfermedad mental. España: Universidad de Murcia.
- Martínez, M.A. (2013). La salud mental el capítulo olvidado de las políticas públicas del gobierno mexicano. México: Movimiento Ciudadano Partido Político Nacional.
- Medina-Mora M., Borges G., Benjet, C., *et al.* (2007). *British Journal of Psychiatry.* (190) 521-528. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541113>
- Morin, E. (1999) Los siete saberes. Paris, Francia: UNESCO.
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). La salud Mental en México. Recuperado de [www.foroconsultivo.org.mx](http://www.foroconsultivo.org.mx)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004a). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004b). Invertir en Salud Mental. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). IESM-OMS. Informe sobre sistema de salud mental en México. México, OMS.
- OMS (2013a) Investing in Mental Health: Evidence for action. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/publications/financing/investing\\_in\\_mh\\_2013/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013b). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006) Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>



- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2014). Informe Sobre Desarrollo Humano Sosteniendo el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Nueva York: PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). Informe de desarrollo humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa. Recuperado de [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2010\\_ES\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete.pdf)
- Restrepo O, Jaramillo E, Juan C. (2012) Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 30(2), pp. 202-211.
- Rubens R., Méndez A., Wraage, M.A. (2012) Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. Prospectiva, 17, pp. 407-435.
- Tenorio, R. Hernández, M.N. (2005). Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). Salud Mental, 28 (4), pp. 18-32.
- Sandoval, J., Richard, M.P. (2005). La salud mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Cámara de Diputados XIX Legislatura.
- Secretaría de Salud (s.f.). Programa de Acción Específico en Salud Mental, 2013-2018. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Sobrino T. y Rodríguez A. (2007). Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid: Editorial Síntesis.
- UNAM (1978). Trabajo social psiquiátrico una nueva perspectiva. Salud Mental. 1(4), pp. 22-24. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/22/22](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/22/22)