



La salud mental: de la evolución histórica al derecho a la atención comunitaria

Dávila-Estrada, Blanca Nathalie¹

Correo: bdavilae@ucvvirtual.edu.pe

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5684-0234>

Campos-Márquez, Anita Jeanette²

Correo: a.campos@uct.edu.pe

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1545-2099>

Rodríguez-Balcázar, Susan Cristy³

Correo: srodriguezbl@upao.edu.pe

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1656-4121>

Reyes-Pastor, Graciela Esther⁴

Correo: greyesp@upao.edu.pe

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8206-1717>

Resumen

El artículo tiene por objetivo analizar la evolución histórica de la salud mental, partiendo de las premisas sobre la higiene mental propuestas por Clifford Whittingham Beers, hasta las consideraciones actuales de la Organización Mundial de la Salud, que la definen como un estado de bienestar que trasciende la ausencia de trastornos mentales, abarcando la capacidad de los individuos de realizar acciones de forma productiva para sí mismos y para la colectividad. Se consideraron diversos factores que pueden incidir negativamente, particularmente en América Latina, como la pobreza, la violencia, el crimen, la continuidad del sistema de atención hospitalario centralizado, así como políticas públicas ineficientes que agudizan la proliferación de patologías mentales, las morbilidades y la mortalidad en este sector de la población. Ante ello, se postula una perspectiva crítica de la atención en salud mental, como mecanismo para garantizar el respeto a los derechos de los pacientes, partiendo de la capacidad dialógica, la sociabilización y la atención comunitaria. Metodológicamente, se trató de una investigación cualitativa, basada en el análisis documental y bibliográfico. Se

¹ Dra. en Psicología. Universidad César Vallejo. Perú.

² Dra. en Psicología. Universidad Católica de Trujillo. Perú.

³ Dra. en Psicología. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú.

⁴ Dra. en Educación. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú.



concluye que es necesaria una inversión significativa en salud mental, en el diseño de políticas públicas y en la conformación de equipos interdisciplinarios que puedan abordar esta problemática social desde diversos enfoques, priorizando el respeto de los derechos de los pacientes.

Palabras clave: Salud mental, Higiene mental, Patologías mentales, Atención comunitaria, América Latina.

Mental Health: From Historical Evolution to the Right to Community Care

Abstract

The purpose of this paper is to analyze the historical evolution of mental health, starting from the premises on mental hygiene proposed by Clifford Whittingham Beers, to the current considerations of the World Health Organization, which define it as a state of well-being that transcends the absence of mental disorders, encompassing the capacity of individuals to perform actions in a productive way for themselves and for the community. Several factors were considered that may have a negative impact, particularly in Latin America, such as poverty, violence, crime, the continuity of the centralized hospital care system, as well as inefficient public policies that exacerbate the proliferation of mental pathologies, morbidities and mortality in this sector of the population. In view of this, a critical perspective of mental health care is postulated as a mechanism to guarantee respect for patients' rights, based on dialogic capacity, socialization and community care. Methodologically, it was a qualitative research, based on documentary and bibliographic analysis. It is concluded that there is a need for significant investment in mental health, in the design of public policies and in the formation of interdisciplinary teams that can address this social problem from different approaches, prioritizing respect for patients' rights.

Keywords: Mental Health, Mental Hygiene, Mental Pathologies, Community Care, Latin America.

Introducción

La salud mental ha sido un tema de interés para la psiquiatría y la psicología. Empero, a partir del siglo XX su campo de acción ha trascendido estos enfoques, haciendo de esta un tema de interés interdisciplinar, condicionado a las dinámicas sociales, económicas, políticas y culturales. A raíz de ello, las concepciones y tratamientos han evolucionado constantemente, pasando de los enfoques hospitalarios-manicomiales hasta llegar a perspectivas holísticas, integrales, dialógicas y comunitarias, que tienen en miras la dignificación del paciente y de su condición humana.

En este orden de ideas, la investigación analiza el progreso histórico de la salud mental, iniciando con las premisas sobre la higiene mental de Clifford Whittingham Beers, hasta las consideraciones actuales que consideran la salud mental más allá de su categorización como ausencia de patologías mentales. Con ello se pretende ofrecer una visión integral a los desafíos suscitados en la evolución de este concepto, particularmente en América Latina, donde la salud mental se encuentra condicionada a contextos asimétricos y de vulneración social. De igual forma, se consideran los avances en esta materia, pero también los estancamientos ocurridos en ella, centrándose en la necesidad de incluir una perspectiva crítica y comunitaria en la atención a los pacientes con padecimientos mentales.

Dicha revisión se articula a los recientes esfuerzos por reivindicar la condición humana y el derecho al acceso a la salud mental, basado en un abordaje integral e interdisciplinar. La metodología empleada en este trabajo es de tipo cualitativa, con apoyo de la exploración bibliográfica-documental. En tal sentido, se hizo uso de repositorios institucionales de reconocido prestigio, tales como Scopus, Redalyc, Scielo, Latindex, entre otros, además de las posturas de

organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

1. Dimensión histórica de la salud mental

De acuerdo a lo planteado por Miranda (2018), el término salud mental puede hacer referencia al estado de un individuo, a un campo teórico y práctico dentro de la salud pública, a una serie de condiciones psiquiátricas o psicológicas, pero también a distintas iniciativas sociales por garantizar la salud mental dentro del entorno social. Históricamente, puede situarse en los esfuerzos de Clifford Whittingham Beers (1876 – 1943), ex paciente psiquiátrico que inició su lucha por la higiene mental a inicios del siglo XX, cuando en el año 1908 publicó *A mind that found itself*, obra en la que se reseña su experiencia en los ingresos en las instituciones de salud mental. Esta obra tuvo profundas repercusiones en lo social, puesto que en ese mismo año se fundó la *Mental Health Society* en Connecticut (Berlote, 2008).

Rápidamente, el concepto de higiene mental alcanzó difusión y en el año 1909 se creó la *National Commission of Mental Hygiene*. Sin embargo, no es hasta el año 1919 cuando esta Comisión alcanza su internacionalización, estableciendo algunas alianzas para la salud mental en Francia y Sudáfrica, y en años posteriores, en Italia y Hungría. Estos esfuerzos derivaron en la creación del *Committee on Mental Hygiene*, luego llamado *World Federation of Mental Health*. Estos organismos se dedicaron a la atención de individuos con trastornos mentales, procurando la humanización de su tratamiento, erradicar los abusos, arbitrariedades y el trato que recibían como “locos”. Para la década de los años

treinta, se establecieron líneas de acción orientadas hacia el diagnóstico temprano de pacientes, la hospitalización adecuada, estimulación de la investigación de las patologías mentales, además de procurar el financiamiento público, instruir en los procedimientos de higiene mental, brindar cooperación al sector de salud pública y privada en la promoción de la higiene mental (Berlote, 2008).

Como puede apreciarse, desde sus inicios, el movimiento de higiene mental tuvo una naturaleza psiquiátrica, orientada hacia la atención humanizada de los pacientes, introduciendo el concepto de atención preventiva, siendo una ruptura con las teorías psiquiátricas de la época y con la tradición psicoanalítica. Por tanto, el interés trascendía lo individual y se enfocaba en los aspectos globales de la atención mental, considerando a cada individuo como parte de las dinámicas sociales, lo que afecta su estado de ánimo, emociones y la mente, haciendo de la prevención la necesidad más apremiante. Es así que se convierte en un movimiento proclive a defender los derechos e intereses de los pacientes y del colectivo, abordando las necesidades subjetivas, a la vez que se interesa en las necesidades del grupo.

Para la década de los años cuarenta, se funda en Londres la *Mental Health Association* y en 1948 se lleva a cabo el Primer Congreso Internacional de Salud Mental, que se dividió en tres ejes: psiquiatría infantil, psicoterapia médica e higiene mental, siendo e higiene mental el foco central de la actividad. A través de las investigaciones socializadas en este congreso, se notó la indiferenciación del uso de higiene mental y salud mental, pero también es en este punto de la historia donde se da una gradual sustitución de la higiene mental por la salud mental, hecho que hace distanciarse de las patologías clínicas y conecta a al individuo con la sociedad. En consecuencia, la principal de las preocupaciones la relación sana con

lo social, consigo mismo y con los demás, asumiendo prácticas de prevención, de cuidado y de atención temprana (Agüero y Correa, 2018).

El día 7 de abril de ese mismo año, se fundó la OMS, organismo internacional vigente en la actualidad, que se ha destacado por la preocupación por los temas de salud mental. Asimismo, en el año 1949, se dio espacio a la creación del *National Institute of Mental Health* en Estados Unidos, lo que manifestó el notable interés por los temas de salud mental en esta década (Miranda, 2018).

En la década de los cincuenta, la OMS (1951) introduce su primera definición de salud mental, orientada a alcanzar la satisfacción de los instintos, las relaciones armónicas, la posibilidad de modificar el ambiente físico y social, siendo una clara respuesta a los escenarios vividos en la postguerra. Posteriormente, la *American Psychiatric Association* (1952) crea el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que, junto con los postulados de la OMS, ayudaron a diagnosticar y atender tempranamente las enfermedades mentales.

Para el año 1958, la psicóloga Marie Jahoda (1907-2001) crea su sistematización de salud mental, bajo la supervisión de la *Joint Commission on Mental Illness and Health*, que incluye a la definición de salud mental categorías como autoconcepto realista, identidad, autoestima, búsqueda de crecimiento, autoactualización, integración de sí mismo y de las distintas experiencias, percepción objetiva de la realidad, dominio de sí y del entorno, alcance de metas, entre otros (Miranda, 2018).

Por su parte, la década de los años sesenta estuvo caracterizada por la presencia de los movimientos sociales, que insistían en la libertad y derechos

civiles, sin dejar de lado a los pacientes mentales. Mediante este accionar político, se demandaba el cierre de las instituciones de salud mental, su desincorporación de los sistemas de salud, privilegiando el tratamiento psiquiátrico desde los entornos locales. Esta reacción tuvo su origen debido a las condiciones de hacinamiento y de maltrato que padecían los pacientes, lo que agudizaba sus sintomatologías. Producto de esta realidad, se aprueba la Ley de Salud Mental Comunitaria, emitida por el presidente John F. Kennedy, cuyo objetivo era minimizar la concurrencia de los hospitales psiquiátricos, privilegiando el tratamiento ambulatorio.

En la década de los setenta, se introdujeron cambios a nivel farmacológico, se dio paso al uso de los antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, que ofrecieron tratamientos efectivos para la esquizofrenia y la depresión. En este período es destacable la modificación en la percepción de las enfermedades mentales, lo que dio lugar a campañas para reducir los estigmas, la exclusión, proponiendo un acompañamiento más humanizado y acorde a los derechos humanos.

No obstante, para Carrazana (2002) la higiene mental alcanzó su cumbre en la década de los ochenta con el I Congreso Internacional de Higiene Mental, llevado a cabo en el año 1985, evento que coincidió con la fundación de la Federación Mundial para la Salud Mental, que integraba a 11 organizaciones internacionales, 146 sociedades y 53 países.

En la década de los años noventa, la preocupación por la salud mental se extiende a nivel global, evidencia de ello fue la convocatoria de la OMS y la OPS a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, evento realizado en Caracas, Venezuela, de donde surgió la

Declaración de Caracas, que instaba a los gobiernos de la región a revisar y reestructurar la atención en salud mental, ajustando las legislaciones, garantizando el tratamiento digno, basado en el respeto a los derechos humanos y libertades civiles, privilegiando la atención comunitaria de la salud mental (Heatley, 2021).

A partir de este momento y hasta entrados en la primera década de los años 2000, el término de higiene mental se amalgamó e integró dentro de la salud mental, siendo concebida como una ciencia multidisciplinaria, que abarca la psiquiatría social, que emplaza a la prevención, el autodescubrimiento, la autoafirmación, al reconocimiento del valor propio, al desarrollo positivo de las emociones, a la capacidad de emitir juicios propios, entre otros aspectos. En la perspectiva de Heatley (2021), esta década estuvo determinada por la revisión del modelo tradicional de psiquiátrico-manicomial; es decir, se dio el paso a la transformación de los centros de atención en salud mental, diseñando modelos de atención ambulatorio y de integración a la comunidad.

Esta perspectiva de atención psiquiátrica parte de un modelo institucional que busca superar la atención tradicional del sistema de salud, dando prioridad al individuo, a su dignidad como persona y al bienestar que este puede adquirir al ser atendido dentro de su comunidad. De esta manera, se incorporan las necesidades básicas, las dinámicas sociales, los aspectos culturales, la integración, las emociones, sustituyendo la intervención en espacios aislados para el tratamiento, aportando un cambio radical en las formas de atención a la salud mental, tal y como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1. Modelo Psiquiátrico tradicional vs. Modelo Psiquiátrico Comunitario

Modelo Psiquiátrico tradicional	Modelo Psiquiátrico Comunitario
Centrado en el tratamiento a pacientes diagnosticados con un trastorno de salud mental	Centrado en las necesidades de la población local y en la prevención de los trastornos de salud mental
Toma en consideración los padecimientos del individuo, con base en los criterios del psiquiatra tratante	Toma en consideración a los pacientes en su contexto social, económico y cultural, definiéndoles como parte integral de la comunidad, responsables de su tratamiento y de la toma de decisiones al respecto
Solamente presta atención a aquellos pacientes que procuran la atención médica, son llevados por sus familiares o que, a juicio del médico tratante, pueden considerarse un peligro para sí mismos o la sociedad	Se centra en la prevención y detección temprana de patologías mentales ubicadas en la comunidad, aplicando los mecanismos necesarios a nivel individual y comunitario
Prestación de servicios de salud mental alejados de la comunidad, enclaustrados y atendidos exclusivamente por psiquiatras, con algún apoyo ocasional de psicólogos	Prestación de servicios integrales, de libre acceso, al alcance de las comunidades y atendidos por equipos multidisciplinares
Se basa en la atención a la crisis e internamientos prolongados	Se basa en servicios continuados, con perspectiva de atención a lo largo de la vida
Se busca aislar de la comunidad y la toma de decisiones al respecto recae sobre los especialistas	Se busca integrar al paciente en la toma de decisiones, vincularlo a la comunidad y brindar planes de atención prolongados
Enfocado en la discapacidad, sin involucrar acciones de reinserción social	Enfocado en la capacidad de empoderamiento de los pacientes, con perspectivas de rehabilitación y de reinserción social
Apoyo de algunas estrategias psicoterapéuticas	Asistencia multidisciplinar, apoyo de profesionales, de otros pacientes y de la comunidad

Fuente: adaptado a partir de Heatley (2021).

Según estos datos teóricos, desde los años 2000 se concibe la salud mental como un derecho, que no debe sólo comprenderse como un tema psiquiátrico, sino un campo de acción social, que cuestiona los mecanismos de control, de poder, de coacción, demandando el trato justo y diversificado a la población que así lo

requiere y la adaptación permanente de los profesionales, los espacios de atención y los tratamientos recibidos.

En la actualidad, salud e higiene mental se perciben como elementos integrales y complementarios. Al respecto, la OMS (2013) ha definido la salud mental como un estado de bienestar, que va más allá de la ausencia de trastornos, sino que abarca la capacidad de los individuos de realizar acciones y afrontar la vida diaria de forma productiva, beneficiándose a sí mismo y a su comunidad, sin perder de vista la articulación de esfuerzos con distintos organismos internacionales para prevenir, promover y concienciar sobre sus beneficios.

2. Detonantes negativos sobre la salud mental

Para la OMS (2013), la salud mental incluye la capacidad de gestionar los pensamientos, emociones e interacciones con la alteridad, pero también asume factores sociales, culturales, económicos, ambientales, políticos, culturales, que pueden incidir sobre las formas de vida de las comunidades. Por esta razón, se considera que la exposición a las adversidades desde una edad temprano se convierte en un factor de riesgo para padecer trastornos mentales y, dependiendo del contexto en el que se desenvuelven, determinados por la violencia, el alcoholismo, la pobreza, maltrato infantil, violencia de género, discriminación racial, abuso de sustancias ilícitas y otros condicionamientos adversos, los individuos y grupos sociales presentan mayor riesgo a padecer patologías mentales.

En otras palabras, el deterioro de la salud mental va más allá de lo individual; se conecta a contextos adversos, suscitando tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. En cifras, las personas con depresión o esquizofrenia tienen entre un

40% y un 60% más de probabilidad de muerte prematura, producto del descuido de la salud física y a la desatención de enfermedades crónicas, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH, diabetes, entre otras. Esto sin pasar por alto un mayor porcentaje en las tasas de suicidio, aumento considerable en la depresión mundial, con un 4.3% anual, siendo una de las principales causas de discapacidad a nivel global, con importantes impactos financieros, puesto que entre el 2011 y el 2030, se estiman pérdidas económicas de al menos 16,3 billones de dólares (OMS, 2013).

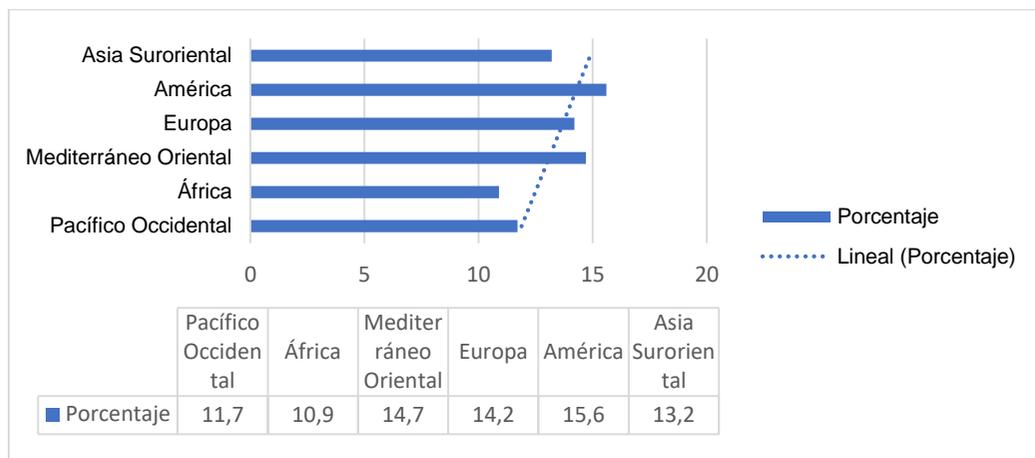
Del mismo modo, la OPS (2023) sostiene que para el año 2019, 301 millones de personas padecían trastornos de ansiedad y 280 millones de trastornos depresivos. Según este organismo internacional, estas cifras se aumentaron tras la pandemia COVID-19, con incidencias sobre el número de pacientes con esquizofrenia, que aumentó a 24 millones de personas, mientras que los que padecen trastornos de bipolaridad, alcanzaron los 40 millones.

Estos datos concuerdan con los aportados por Calvo (2020), la cual afirma que los trastornos mentales, producto del consumo de sustancias, representa el 10% de la carga de morbilidad y del 30% de las enfermedades no mortales existentes en el mundo. Considera que la depresión afecta al menos a 264 millones de personas y a aquellas que padecen otros trastornos mentales, que son más propensos a morir entre los 10 y 20 años de edad, generando pérdidas aproximadas de un billón de dólares anuales a la economía global.

En cuanto a su impacto en zonas geográficas específicas, la OPS (2023) considera que estas patologías son frecuentes en todos los países. Empero, esto se puede expresar en términos porcentuales de la siguiente manera: Pacífico Occidental en un 11.7%, la región africana en 10,9%, Mediterráneo Oriental en un

14,7%, Europa un 14,2%, América en 15,6% y Asia Suroriental en 13,2%, tal y como se muestra en el gráfico 1.

Gráfico 1. Patologías Mentales por Zonas Geográficas



Fuente: Elaboración propia (2024).

Como puede apreciarse, la región americana presenta el mayor porcentaje (15.6%), mientras que la región africana tiene el porcentaje más bajo (10.9%). Estas variaciones, de acuerdo a la OPS (2023), se puede explicar debido a los factores externos y conyunturales que afectan a la población. Por tanto, en locaciones con mayor incidencia de la pobreza, con efectos de la guerra y con ahínco en factores socioculturales, tendrán una mayor tendencia hacia las patologías mentales. En otras palabras, los diferentes contextos y determinaciones culturales afectarán la salud mental de los individuos, revelando síntomas y malestares internos o sociales, que se asocian a la proliferación de las patologías, sin perder de vista otros factores como la edad, sexo y deterioro natural de la edad.

Pese a esta información, la insuficiencia en los datos reportados constituye un obstáculo para ofrecer informes más detallados y elaborados sobre la salud

mental en el mundo. Por tanto, la OMS y la OPS han apostado por la inclusión de datos captados por encuestas externas e incorporarlos a sus indicadores, con la finalidad de complementar la información y determinar los principales sectores de la población que requieren de atención sanitaria. De igual forma, estos organismos plantean la necesidad de impulsar iniciativas para subsanar el acceso a la información, lo que podría facilitar la implementación de estrategias de prevención e intervención temprana en diversos contextos y latitudes.

3. Limitaciones de la salud mental en América Latina

Para Rodríguez (2009), la salud mental se encuentra condicionada a diversas limitaciones que son producto de la desatención de los organismos gubernamentales, que desplazan o restan prioridad a la atención preventiva y al cuidado de los pacientes psiquiátricos. Esto hace que se aumenten los impactos negativos sobre la sociedad, tanto en morbilidades como en tasas de mortalidad, aumentando drásticamente los niveles de discapacidad en la región. Asimismo, los trastornos mentales y neurológicos, generan brechas en las poblaciones vulnerables.

En este orden de ideas, se ha dejado en claro que América es el continente con mayores índices de enfermedades mentales, principalmente en aquellas naciones pequeñas, pobres, como las pertenecientes a Centroamérica, que han sido víctimas de conflictos internos, desastres naturales, entre otras adversidades. En términos porcentuales, Panamá, Puerto Rico y el resto de países de Centroamérica, sólo destinan una ínfima cuota del presupuesto a la atención en la salud mental, donde el 90% de las finanzas está destinada a los grandes hospitales psiquiátricos-manicomiales, ubicados en las regiones céntricas de estos países. Sólo un 10% del

presupuesto es destinado a los servicios ambulatorios y a la atención descentralizada y multidisciplinar del paciente. Lo anterior refleja un retroceso en cuanto a las definiciones aportadas por la OMS y la OPS sobre la salud mental y su debida atención comunitaria, negando así el derecho a la atención de calidad, violando los derechos humanos y manteniendo la visión del hospital psiquiátrico como dispositivo de represión y de control.

En lo tocante a este tema, la UNICEF (2021) considera que en la región latinoamericana el 15% de las niñas, niños y adolescentes padecen algún trastorno mental diagnosticado, lo que representa al menos a 16 millones de individuos de la población joven, que puede desglosarse según el rango de edad: de 10 a 14 años de edad, el 12,8% y de 15 a 19 años, el 16,6%. En atención a lo anterior, se resalta la prevalencia de la ansiedad y depresión en un 47% en este sector, seguido por el déficit de atención e hiperactividad con un 26,8%, el trastorno obsesivo compulsivo con 18,2%, el trastorno bipolar con un 5,3% y otros trastornos mentales diversos en un 9,7%. Por otra parte, se estima que el suicidio es la tercera causa de muerte en juventud, con un estimado de 6 habitantes por cada cien mil habitantes al año, lo que ubica el suicidio como la cuarta causa de fallecimientos a nivel global.

En el mismo orden de ideas, se plantea que los países latinoamericanos no cuentan con servicios planificados y organizados para una atención multidisciplinaria, enfocados de la mirada absoluta del psiquiatra o del especialista. Por ello, uno de los grandes desafíos radica en subvertir este ordenamiento interno, priorizar la dignidad de los individuos, garantizando sus derechos elementales. Esto no quiere decir que se contradiga la opinión experta, sino que, atendiendo a la opinión de los organismos internacionales, se procura

focalizarse en la atención preventiva, en la socialización de los individuos y en la inserción a la comunidad.

Por otro lado, a la ya crítica situación en América Latina, el COVID-19 y las medidas que se implementaron para frenar el contagio, como el aislamiento sanitario, se dieron repercusiones sobre la salud mental de las personas. Por consiguiente, este escenario disruptivo dejó en claro la necesidad de un abordaje integral del campo de la salud mental, con la finalidad de prevenir y atender tempranamente patologías como la ansiedad, el estrés, la depresión, con especial atención en los profesionales de la salud, personal sanitario y de aquellos que padecieron sintomatologías fuertes de la enfermedad. De igual forma, se hace hincapié en la necesidad de atención de los sectores vulnerables, pues la pandemia mantendrá un impacto psicológico y duradero sobre la población latinoamericana, lo que amerita de la planificación e implementación de políticas públicas para afrontar esta realidad desde una dimensión integral e interdisciplinar (Campodónico, 2022).

4. Garantizar el derecho a la salud mental comunitaria en América Latina

Para Castillo (2024), la forma de garantizar el derecho a la salud mental es mediante la orientación hacia prácticas más inclusivas y saludables, a tratamientos preventivos y de atención comunitaria. Por este motivo, al asumir un enfoque integral de la salud mental, se da lugar a una perspectiva crítica de la misma, como una forma de evidenciar la diversidad en la región, de modo que la educación actúe como un catalizador para comprender, apreciar, diferenciar y catalogar la salud mental, proporcionando herramientas para evitar la estigmatización, construyendo

puentes e interconexiones sobre las barreras que han existido siempre. El abordaje crítico permite reconocer, identificar y cuestionar las limitaciones al acceso a la salud mental, a la vez que promueve soluciones basadas en el tratamiento del contexto social y en la dignificación de la condición humana, centrándose en el fortalecimiento de los nexos comunitarios, el aumento de la empatía, la investigación de las relaciones salud mental y cultura, la preservación la de la diversidad cultural y la valoración de la identidad propia de los individuos, como un mecanismo de inclusión y de reducción de patologías sociales.

Por su parte, Cea (2024) considera que el derecho a la salud mental solamente es posible de lograr mediante una participación e investigación activa; es decir, mediante la aplicación de enfoques transdisciplinarios, que dejen de lado los límites fronterizos entre especialidades, dando espacio al tratamiento guiado e integral. En virtud de lo anterior, propone integrar el conocimiento propio de las comunidades para desarrollar espacios de atención, con metodologías alternativas, situados en el reconocimiento de los individuos, en la colaboración interdisciplinaria y en la acción colectiva, reforzando los elementos dialógicos como la escucha y el intercambio de conocimientos, centrándose en la subjetividad, a la vez que considera la relevancia de la diversidad y los factores externos que envuelven la realidad.

Lo anterior demanda la puesta en práctica de políticas de atención enfocadas en la población vulnerable y en superar el contexto de discriminación, machismo, explotación laboral, violencia y demás atenuantes que agudizan las tendencias hacia las patologías mentales. Visto así, se procura una interacción con la psicología social, con las prácticas investigativas colectivas, con el análisis multifactorial de la realidad latinoamericana, desechando los esquemas

prefabricados de atención, insistiendo en la articulación del paciente con la comunidad y con su reinserción social.

En la perspectiva de Curiel et al. (2024), esta visión de la salud mental no trata de negar las patologías o trastornos mentales, sino que afirma la dignidad del paciente, como un derecho intrínseco a su condición humana, lo que demanda el equilibrio entre lo emocional, lo cultural, lo biológico, lo psicológico y lo social, elementos esenciales para una salud integral. En este contexto, se busca la aproximación de las ciencias de la salud mental, como la psiquiatría o la psicología, a enfoques culturales, a la revisión crítica de cómo las formas de vida, la pobreza, la delincuencia, la violencia, la corrupción y demás factores externos, pueden afectar la salud de los individuos.

Consecuentemente, se da lugar al diálogo entre el saber académico, clínico, psiquiátrico y psicológico con el paciente y la comunidad. Lo anterior es coincidente con el enfoque holístico e interdisciplinar del saber, que más allá de las sintomatologías, procurando el preguntar, el diálogo, considerando los afectos, sentimientos y diversidad que define a los individuos, de modo que se pueda facilitar la transición hacia la salud mental, integrando perspectivas del saber, como la antropología, la sociología, el trabajo social, la psicología, la psiquiatría, afirmando la salud como un todo, como un problema colectivo, que afecta tanto al paciente como a la comunidad.

Para Barrantes et al. (2022), la salud mental comunitaria y la psiquiatría son perspectivas que, en conjunto, son relevantes para la atención integral y equilibrada de la población, particularmente en el período post pandemia, época convulsa donde se viven los efectos de la vulneración de los derechos humanos en el acceso a la salud mental, resultado de la poca coordinación en políticas públicas

para gestionar los escenarios disruptivos. Por tanto, la perspectiva crítica de la salud mental aborda las formas en las que es posible prevenir, atender, concienciar e interactuar con los pacientes, de modo que, más allá de su fragilidad y vulnerabilidad, se le eduque en el manejo de sus emociones, se dignifique su condición humana, se le acompañe en la reinserción comunitaria y se le convierta en un sujeto digno, que responde a las demandas de la colectividad.

Conclusión

La salud mental ha tenido una evolución histórica considerable, marcada por los supuestos conceptuales y por la formación de diversos organismos orientados a la atención psiquiátrica en el siglo XX. Esto refleja un proceso continuado de transición que va desde las prácticas de control social, pasando por la higiene mental, hasta llegar a enfoques inclusivos, integrales y comunitarios en la atención del paciente, sin dejar de lado las vulnerabilidades históricas, políticas, sociales y económicas presentes en la región latinoamericana que, gracias a su ineficiencia, han distorsionado y dejado de lado la lucha encarnada por subvertir los modelos de atención hospitalario-manicomial, centrando los recursos y personal calificado a estos espacios.

El paso de este modelo privativo de la libertad al de la dignidad del individuo y de sus derechos, no ha sido posible en su totalidad. La realidad de distintos países ha neutralizado las reformas, persistiendo las desigualdades y el acceso a la salud integral, intensificado por la pobreza, la estigmatización y la falta de programas educativos asertivos para concienciar a la población. El desafío consiste en garantizar el derecho a la salud mental a través de políticas inclusivas, adaptadas a las nuevas necesidades sociales, en la capacidad dialógica y de escucha, en el empoderamiento comunitario y en el rescate de la dignidad del paciente.

Esto requiere de una inversión cuantiosa en salud mental, en el distanciamiento de la mirada experta y en la búsqueda de conformación de equipos interdisciplinarios que comprendan la salud mental como una prioridad en sus diversas facetas. En otras palabras, se trata de una acción conjunta que involucra no sólo a los profesionales de la salud y pacientes, sino a toda la comunidad, así como a los organismos públicos y privados que puedan aportar a la salud integral de sus naciones.

Finalmente, se recomienda la inversión en la creación de sistemas de atención comunitaria en materia de salud mental, que se integren a los sistemas de salud pública de las naciones, donde se ofrezca prevención y atención primaria de forma continua, conectándose con las políticas públicas, de modo que estas reflejen la disposición de abordar la salud mental como un derecho humano a y como una necesidad colectiva.

Para ello, se debe promover la cooperación internacional y regional, crear campañas educativas en distintos niveles, incorporando perspectivas críticas, capacitación del personal e investigación continua, con la finalidad de ofrecer una retroalimentación constante entre especialistas, procurando las mejoras en programas de prevención y atención en salud mental. Este enfoque interdisciplinario puede llegar a revertir los indicadores de patologías mentales existentes en América Latina.

Referencias

- Agüero, M.J. y Correa, G. (2018). Salud mental y ciudadanía: Una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), 40-46.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA, EE.UU.

- Barrantes, J.; Adrianzén, R.; Carranza, B. y Bravo, K. (2022). El desafío de la política de salud mental en Latinoamérica. *Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 2613-2634. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2406
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- Calvo, A. (2020). Salud mental en la actualidad. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1), 1-2. Doi: 10.18041/2322-634X/rcso.1.2020.6457.
- Campodónico, N. (2022). El impacto del COVID-19 en el campo de la salud mental en América Latina y España: una revisión sistemática. *Calidad de Vida y Salud*, 15(1), 53-79. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/358>
- Castillo, E. (2024). Salud mental en América Latina: interconexiones saludables y educación intercultural crítica. *Cuadernos Fronterizos*, 1(6), 82-86. <https://doi.org/10.20983/cuadfront.2024.6de15>
- Cea, J. (2024). Estudios Locos y psicología social crítica: claves para una investigación activista en salud mental desde América Latina. *Pacha. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 5(13), 1-15. <http://doi.org/10.46652/pacha.v5i13.252>
- Curiel, R.; Chiquillo, J. y Amaya, N. (2024). Salud mental e interculturalidad en poblaciones indígenas en América Latina: Bienestar integral en el contexto actual. *Revista de Ciencias Sociales*, 30, 604-615. <https://doi.org/10.31876/rcs.v30i.42339>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). Estado mundial de la infancia 2021. En mi Mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. UNICEF, New York. <https://cienciaysalud.cl/wp-content/uploads/2021/10/EMI2021-Resumen-ejecutivo.pdf>
- Heatley, A. (2021). *Con derecho a la cordura: atención de la salud mental en la región latinoamericana*. Edición de Cuadernos de Políticas para el Bienestar. <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2022/02/09-conderecho-a-la-cordura-atencion-de-la-salud-mental-en-la-region-latinoamericana.pdf>

- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, Vol. 23, Núm. 83, 86-95. <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/27957772009.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental (2013-2020)*. OMS, Ginebra. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1951). *Annual Report of the Director-General to the World Health Organization and to the United Nations*. OMS, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OPS, Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.
- Rodríguez, J. (2009). Situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS. Retos y proyecciones. En: Cohen, H. (Compilador). *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. OPS, Argentina. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf>

Nota: las autoras declaran no tener situaciones que representen conflicto de interés real, potencial o evidente, de carácter académico, financiero, intelectual o con derechos de propiedad intelectual relacionados con el contenido del manuscrito del proyecto previamente identificado, en relación con su publicación. De igual manera, declaran que el trabajo es original, no ha sido publicado parcial ni totalmente en otro medio de difusión, no se utilizaron ideas, formulaciones, citas o ilustraciones diversas, extraídas de distintas fuentes, sin mencionar de forma clara y estricta su origen y sin ser referenciadas debidamente en la bibliografía correspondiente.