

Capítulo 2

Salud mental: ciudadanía y solidaridad. Hacia la sociedad pospandemia COVID19

*Ricardo Trujillo Correa
Universidad Nacional Autónoma de México*

<https://doi.org/10.61728/AE20257538>



Resumen

La visión hegemónica de atención en salud mental invisibiliza la subjetividad, el contexto y la existencia del receptor de los servicios. En el presente capítulo, se exponen las características de la psicología dominante, para presentar evidencias sobre la necesidad de modificar las estrategias de intervención biomédicas a modelos de participación social, identidad comunitaria y ciudadanía. Las conclusiones fundamentan un enfoque político de la salud mental, en tanto se trata de personas en situaciones de vulnerabilidad en un sistema de relaciones y se exponen algunas estrategias de organización alternativa de los sistemas de salud, con miras a la reflexión de qué hacer en la sociedad pospandemia COVID19.

Introducción

La pandemia de COVID-19 no solo expuso las debilidades estructurales de los sistemas de salud en el mundo, sino que también intensificó las desigualdades preexistentes, particularmente en el ámbito de la salud mental. En este escenario, en el presente capítulo propone una revisión crítica de los modelos hegemónicos de atención psicológica, centrados históricamente en una visión biomédica, individualista y despolitizada del sufrimiento humano. A través de un enfoque riguroso y profundamente reflexivo, se cuestionan las bases epistemológicas, institucionales y formativas que sostienen dichos modelos, y argumenta la necesidad de una transformación radical en la forma de concebir y atender la salud mental.

Partiendo de una crítica al reduccionismo clínico que invisibiliza el contexto social, político y cultural de los sujetos, se exploran alternativas basadas en la participación comunitaria, la ciudadanía activa y la solidaridad como elementos fundamentales para una intervención ética y transformadora. Este capítulo, nutrido por un enfoque interdisciplinario y comprometido con los derechos humanos, propone construir una nueva

racionalidad en salud mental, una “lo-cura social” que integre el bienestar colectivo con la justicia social, especialmente en una era marcada por los efectos persistentes de la crisis sanitaria global.

El juego sin pelota: la Salud Mental despolitizada

En la película de Antonioni (1966) “Deseo de un mañana de verano”, el protagonista en la escena final llega a una cancha de tenis donde un grupo de personas juegan sin pelota. Dentro de la pantomima la pelota imaginaria sale de los límites de la cancha y se “acerca” a Thomas. Él vacila un momento, acepta el juego y se inclina para hacer el gesto de recoger la pelota y arrojarla a los tenistas. Esto tiene una función metafórica en la narración: el juego puede seguir, ahora sin objeto (Zizek, en Fiennes, 2006). La alegoría nos sirve para visitar con asombro los “juegos” de la psicopatología, encontramos taxonomías, teorías y descripciones de los distintos trastornos de la psique humana, aunque como en la película de Antonioni, el elemento fundamental, la demanda del sujeto, su sufrimiento y su contexto se encuentran ausentes.

Consideremos tres breves excerptas sobre esquizofrenia y la práctica terapéutica en el mundo. En clínicas de Palestina se suele identificar una inusual y elevada prevalencia de síntomas psiquiátricos relacionados a la paranoia, lo que activó alertas de nivel epidemiológico en organismos internacionales. Sin embargo, esto se explica porque se invisibiliza de forma tragicómica el contexto sociopolítico del conflicto bélico con Israel, donde el paciente constantemente afirma que el vecino los está espionando y se niegan a dar datos personales porque el ejército Israelí accede a ellos (Helbich & Jabr, 2022). Aquí el profesional de la salud mental “juega” a etiquetar al sujeto “fuera de la realidad”, asume que las reglas son para el beneficio del paciente mientras participa en un perverso acto de silenciar una condición de injusticia y violencia. Otro ejemplo, el diagnóstico de esquizofrenia se suele otorgar a un sujeto que presenta delirios y alucinaciones (cuando no se demuestra una etiología de cuadros orgánicos o intoxicación). El abordaje estándar será atender con medicación para eliminar todo indicio de que se ve algo que “no está presente”, sin embargo, Henriksen (2020) reflexiona que ese no es el centro de su

sufrimiento: concluido el asilo del consultante, le espera la sensación de no pertenencia propia, la deficiente empatía y segregación del medio institucional y social, aunado a los efectos secundarios de los fármacos, que desencadenarán experiencias displacenteras e impedirán un adecuado soporte terapéutico y su posterior readaptación. Es el “juego” de etiquetar y remediar que se repite como práctica normalizada, la estrategia es borrar el rastro de irracionalidad a costa del mutismo del doliente y se asegura la imposibilidad de politizar ese malestar. Un tercer ejemplo, pero ahora sobre la organización del manejo terapéutico donde el paciente sigue un recorrido multidisciplinario de “especialistas” asumiendo un “enfoque integral” de tratamiento. Un empleado de psiquiatra, otro de psicología, más trabajo social y finalmente de enfermería se encontrarán a cargo del régimen de curación. Da la impresión de que se abarcan todas las esferas del ser humano y es atendido holísticamente. No obstante, en la práctica, como exponen van Os, et al., (2019), estas estrategias de actuación de la salud mental biopsicosocial suelen ser esferas separadas sin ninguna conexión, ni adecuado seguimiento, quedando fuera de la mirada institucional el futuro que le aguarda al sujeto: también aislamiento social, sensaciones de desesperanza y aumento masivo de peso. Es el “juego” de los procedimientos “integrales” que no lo son, las sumas que no suman. Cegueras inconscientes o renunciadas conscientes al centro real de la vida del paciente, es la pelota ausente.

Aquí hay mucha responsabilidad por parte de los profesionales de la salud. Se requiere pensar el mundo desde una mirada profunda. Trascender lo que se está ante los ojos, es la función del investigador. Pero como decía Eduardo Galeano (2004), imponer una concepción del mundo, que silencia el sufrimiento, ahonda la desigualdad y la normaliza, es la función del capital. Requerimos volver a pensar en qué momento consideramos que el conocimiento ejercido es una mirada objetiva del mundo y no una forma de adoctrinamiento sobre este (Wareham, 2019). Particularmente se hace obligatorio cuestionar la mirada hegemónica de atención de la salud mental biomédica que incorporamos de la visión europea del mundo, narcisista e individualista (Helbich & Jabr, 2022), la cual atribuye la enfermedad a un desorden mental, algo que se diagnostica de forma universal y la cual puede ser clasificada con base en los síntomas

(Wareham, 2019), para desligar el estrés y el sufrimiento humano de los movimientos políticos y la patología social (Kira, 2014 en Helbich & Jabr, 2022). Es por ello necesario reconsiderar los procedimientos de atención en la salud mental, que en la comunidad internacional tienden a centrarse en la curación del síntoma desde la perspectiva biomédica y en la individualización de la patología (Giacaman, 2018 en Helbich & Jabr, 2022). Ya que lo realmente importante, la forma en como impactamos en la existencia del paciente, se encuentra ausente del debate (van Os, et al., 2019). Esa es nuestra pelota perdida, o quizá como en “Esperando a Godot” (Beckett, 1952), es que solo aguardamos que el sentido de nuestras intervenciones aparezca.

Esto cobra particular relevancia en los tiempos pos-Covid19 que corren. La evidencia muestra que la contingencia de salud no provocó problemas, sino que subrayó las desigualdades preexistentes (Escudero-Nahón, 2021). En el caso de la salud mental esta se vio principalmente afectada por los cambios en las circunstancias de vida (laborales, económicas, de servicios de apoyo), los cortes de acceso a actividades comunitarias y el aislamiento social (Bowe, 2022). Sin embargo, la inercia de la literatura especializada se enfocó no en ello, sino en el estudio de síndromes individuales (depresión, ansiedad y TEPT), sin aportar análisis de los contextos estructurales que los produjeron (Chiu, Vega-Arce & Ho, 2020) y las medidas aportadas constaban en su mayoría de difusión de información no dirigida (Almondes, et al., 2021). Estos datos causan preocupación, dado que contrario a esta tendencia, la Organización Mundial de la Salud (2016; 2017; 2019) ya ha señalado que el mejoramiento de la calidad de vida, la participación comunitaria, la equidad social y la paz son precondiciones necesarias en la atención de la higiene mental. Por ejemplo, como lo demuestra Kaup, et al. (2022) altos niveles de solidaridad interpersonal fueron adecuados predictores en la mitigación de aparición de enfermedad física en esta contingencia sanitaria. Por lo que sí resulta relevante que, como profesionales de la salud mental, nos detengamos a recapacitar de dónde venimos, dónde nos encontramos y hacia donde vamos. Son preguntas de corte ético, sencillas e incómodas, que se despliegan en una sola: ¿Para qué nuestro actuar? Y desde aquí proponer una reflexión amplia en los servicios de salud, que, al no contar con acceso a los soportes sociales, incrementan los riesgos de continuar con el sufrimiento

físico, emocional y económico (Koegler, et al., 2019).

Con estos elementos, revisaremos los cambios de paradigmas que actualmente implican replantear la consideración de sujeto y los esquemas de intervención hacia una sociedad post-Covid19.

¿De dónde venimos? Origen de una psicología individual, ecléctica y patologizante

Cuando Isaac Newton publica su magna obra “*Philosophiae naturalis principia matemática*” fue cuestionado por los fundamentos explicativos de la gravedad. Su respuesta fue: *Hyphoteses non fingo*. Newton explicaba con esta frase que su teoría no representaba ninguna conjetura al respecto de la gravedad, sino que su modelo era puramente descriptivo y no podía fingir que había una suposición subyacente. Es decir, era empirismo en pleno. El modelo de salud mental dominante como campo de conocimiento es heredera de esta tradición empírica, donde el “trastorno mental” es una ficción hipotética (Fendrik y Jerusalinsky, 2011), suposición vigente para sí misma. Cualquier reflexión teórica se ve sustituida por el hallazgo positivo y sus consecuentes posibilidades de ingresar a un sistema taxonómico. La clasificación da autónomamente lugar y sustancia a la enfermedad, siendo el cuerpo el lugar donde se manifiesta (Braunstein, 1980). Así, se habita en una indeterminación disciplinar y teórica, donde no existe a la fecha una definición de “salud mental” y “enfermedad mental”, por lo que no es de extrañar que no supere los más básicos cuestionamientos. Por ejemplo, Pridmore y Bowen (2009) señalan que si la OMS definió en 1948 la salud como el estado de “completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o debilidad”; y el “bienestar” es “un estado de felicidad, salud y prosperidad” (Princetos’s Wordnet, 2009 en Pridmore, 2009), ambos conceptos se refieren a sí mismos de manera circular. No hay solidez argumentativa y si lagunas insalvables, pero, aunque es un consenso débil la OMS la sostuvo durante más de 5 décadas. Es más, aún con esta fragilidad conceptual, la narrativa biomédica se volvió hegemónica e incuestionable entre grupos de profesionales y académicos: un enfermo mental es alguien que sufre un desorden (en oposición a un

orden natural), necesita aceptar su diagnóstico y asumir su tratamiento (faltaba más). De esta forma, a quien se le llama que sufre de un trastorno del comportamiento ingresa a un círculo de personas diferentes, inferiores a los que no cuentan con la etiqueta (Henriksen, 2020) y alienados de toda posibilidad de responsabilidad ética por su propia condición (Savater, 1988). Para Bianchi (2012), la indeterminación de la salud mental resulta conveniente para sí misma, ya que, al ser un concepto abierto, inacabado, puede expandirse y ser asumido por cualquier institución o profesionalista como mejor parezca. Lo que, por supuesto, no implica que el sufrimiento mental no exista, pero es claro que el campo de la psicopatología no ha tenido el trabajo de rigor académico necesario. Si la enfermedad mental es un trastorno, no hay criterio por sí mismo que defina la conducta desviada, por lo que carece de realidad utilidad estratégica (Belloch, Sandín & Ramos, 2020). Responde por tanto a criterios de naturaleza ética o moral y será establecida en función de aquello que contravenga las posiciones dominantes (Almeida-Filho, 2021). Esto incluye por supuesto las intervenciones basadas en evidencia, ya que al no poder ser asumidas en sus componentes contextuales, son insuficientes en conocimiento y se configuran en suplencia, por la forma en la que el profesional mira al paciente (van Os, et al., 2019). La consecuencia es al invisibilizar al sujeto, su demanda y su contexto, las causas y la situación no son propiamente teorizadas ni tratadas.

Así nos descubrimos con los años en una sociedad hipervigilante de su salud mental para no caer en algún tipo de contaminación afectiva (Cabanas & Illouz, 2019), saturada de sobrediagnósticos (Helbich & Jabr, 2022) y etiquetados sociales que acompañan la connotación de desviación social (Belloch, Sandín & Ramos, 2020). ¿Cómo llegamos a esto? ¿Cómo es que la psicología cayó en un bache irreflexivo a su sujeto de estudio? La Psicología general, con la búsqueda de la validación como disciplina científica y el desarrollo de instrumentos empíricos cometió el error de rechazar la filosofía. Caímos entonces en el reduccionismo de los procesos mentales, dando origen a corrientes fragmentadas y diversas. Esto enriqueció la formación científica, pero generó un empobrecimiento en el horizonte cultural (Bravo, 2013). En la Psicología clínica, que se aparejó a la psiquiatría, ocurrió algo similar al necesitar justificarse e

incluirse como una rama médica para ganar credibilidad en el manejo de los trastornos mentales (Duero, 2013). El modelo biomédico de reconocimiento de síntomas, el establecimiento del diagnóstico y su pronóstico junto con un tratamiento efectivo fueron privilegiados, sin ponderación teórica previa o posterior. Desde este enfoque, existe solo una forma de entender la locura: adecuándola a los modelos casuísticos y privilegiando la explicación biologicista (Rohleder, 2012). Tiempo después, ante los límites de esta perspectiva, Engel propone el vocablo compuesto biopsicosocial. Sin embargo, esto solo fue un intento de pegar narrativas que se han creado de manera separada y poco articuladas entre sí, sin clarificar como se da esa unión (Muzquiz, 2013). De esta forma, se privilegian las miradas eclécticas y a-teóricas sin que medie una argumentación, más que la aceptación de la comunidad científica como solución imperfecta, pero la mejor posible. *Hyphoteses non fingo* deberíamos exclamar.

Como menciona Restrepo (2007), actualmente el desarrollo teórico en neurobiología y genética molecular han hecho a la psiquiatría exigencias epistemo-ontológicas que no han podido sortear. Nos encontramos ante la necesidad de producir una filosofía de la psicopatología, para preguntar por las inconsistencias y los resortes que la sostienen. Esto pasa por desarrollar instrumentos de análisis de segundo orden, que propongan modificar el léxico de la psicopatología descriptiva, mapear la estructura de los síntomas, determinar las dimensiones de análisis y evaluar el real valor heurístico del entramado conceptual en el que descansan los denominados padecimientos mentales (Luque en Restrepo 2007). Sin estos elementos, no podremos trascender la psicoterapia que ha sido definida por una perspectiva individualista, que considera la personalidad como atributo (intraprésico) o la personalidad como efecto socioambiental (interpersonal) y que se enfrenta a la imposibilidad de cuantificar la subjetividad de la patología o los criterios de maduración (Pereña, 2011).

En este sentido, la formación del psicólogo se ha ido modificando a últimas fechas, pero no lo suficiente. Un elemento común en los espacios educativos es que los estudiantes desvían la atención de las reflexiones teóricas y consideran la psicología como una disciplina práctica (Goedeke y Gibson, 2011). Esto conduce a currícula dispares de profesionistas, con una serie de conceptos y técnicas con orientación a la personalidad

individual. Panjwani, Gurung y Revenson (2017) realizaron una encuesta en USA y reportan que uno de los temas más importantes en la enseñanza de la psicología actual es la psicología de la salud, aunque existe información limitada sobre lo que debe cubrirse como contenidos. En 93% se cubre el tema del modelo biopsicosocial y 80% de cambio conductual por lo que, aunque predomina el enfoque de salud, su aplicación práctica individualizada y la utilización de técnicas siguen siendo convencionales.

Otro elemento destacado del perfil profesional del psicólogo es que la mayoría se identifican como integradores o eclécticos (Halgin, R. y Whitbourne, 2012). Esta práctica hace suponer que las diferentes posiciones son complementarias, que la información transmitida del docente al alumno es equiparable al conocimiento acumulado y propicia la confusión del campo de conocimiento con el campo de aplicación (Piña, et al., 2013). Es una mala forma de proceder, porque se incurren en errores dando por entendido que será suficiente que el alumno conozca la información, para atender un problema en el campo profesional. Como González (2009, p. 206 en Porras 2011) menciona, “la psicología históricamente se preocupó poco de la discusión epistemológica, así como de la discusión de lo que entendía por psique” (p. 206). Por lo tanto, es una práctica común asumir el a) el eclecticismo técnico, b) la integración teórica o c) el modelo de factores comunes (Goldfried y Norcross, 1995 en Halgin, R. y Whitbourne, 2012). El riesgo está en no poder desarrollar explicaciones e intervenciones adecuadas para problemas sociales específicos, dando como resultado la autovalidación del profesionista en su práctica sin la posibilidad de reflexionar críticamente sobre su proceder: lo que el psicólogo conoce es su propia idea de lo que conoce. Así, el avance conceptual de la disciplina se detiene, se empobrece y trivializa (Porras, 2011). Es la situación que describe Canguilhem (1998, en Porras, 2011, p. 14), “no poder prohibirle a nadie llamarse psicólogo o psicóloga y de llamar psicología a lo que hace”. Ribes (2009) explica el problema de esta forma: “en este proceso histórico, la psicología surgió como una disciplina con una configuración ambigua, producto de la convergencia de intereses, propósitos y orígenes diferentes, cuando no incompatibles entre sí” (p. 7). Ante esta diversidad de paradigmas en psicología se empuja al psicólogo a la integración irreflexiva de contenidos.

En conclusión, la inercia histórica que siguió la disciplina ha constituido un campo de conocimiento sin una clara idea de lo que es la salud mental, más allá de una concepción discriminatoria que afecta la calidad de la relación entre profesional y paciente (Moll, 2013). Lo que implica que si la institución tampoco tiene claridad sobre lo que le da propósito, el riesgo presente es que se ofrezca un servicio con baja calidad, sin objetivos claros de curación y no exento de la discriminación social. ¿Deberían los clínicos de los servicios de salud mental trabajar en especialización diagnóstica? ¿Deberían aportar su experiencia para incidir en otra perspectiva independientemente del diagnóstico formal? ¿Necesitamos cambiar de hacia un modelo acorde a los tiempos actuales y a las condiciones contextuales particulares? ¿Para qué entonces la psicología?

Esta importante reflexión de la tesis de licenciatura de Navarro Jiménez (2022) nos orienta un poco en este camino:

Por la importancia que adquirió la psicología clínica, se estableció en el modelo Boulder de 1950, que los estudiantes primero debían ser formados como psicólogos científicos y después como proveedores de servicios profesionales. Pero George Alvin argumentó que había sido un error para los psicólogos clínicos moldearse a imagen de los físicos cuando de hecho debían ser agentes de un amplio cambio social (Leahey, 1997:535).

¿Dónde estamos? El despertar ideológico de Robinson Crusoe

Hagamos un corto recorrido desde la ideología a la vida cotidiana, entendiendo que el capitalismo configura una red de prácticas y formas de interacción (Wodak y Meyer, 2003). A saber, no hay nada natural en la salud mental, así como nada de antinatural en la enfermedad mental. La psicopatología no trata de esencias o una materia universal que pueda ser identificada, por lo que hay una profunda ambigüedad conceptual al respecto (Braunstein, 2013). En todo caso tratamos con materia ideológica, que configura los niveles de orden y caos en los que se regula un grupo

social (Braunstein, 1980). Por ello, la locura como hecho histórico es dependiente del tiempo y la cualidad de la cultura que la define (Foucault, 1971). Siendo el capitalismo y la economía liberal los discursos dominantes, fue desde ahí donde se promueve la idea del agente activo que solo se reconoce en función del logro de sus propias metas económicas e interés privado, lo cual se incorporó en las prácticas institucionales de salud (Genta, et al., 2021). Esto constituyó nuevas violencias e inequidades sociales, que requieren que los entes sociales sobrevaloren las explicaciones individuales y se ignoren los factores sociopolíticos como una estrategia de despolitización del malestar (Helbich & Jabr, 2022). Tenemos entonces la construcción de un sujeto solipsista separado de su contexto, en la cual afronta de todas formas y sin capacidad de reflexión, vulnerabilidades frente a violencias diversas en un sistema de relaciones (Fanon, 1961, en Helbich & Jabr, 2022).

Estudiamos así “Robinsons Crusoe”, subjetivados desde los niveles institucionales como en las prácticas cotidianas, lo cual representa oscurecimientos básicos en el entendimiento del sufrimiento humano. Usemos de ejemplo el tema del suicidio, que tiene como concepto explicativo mucho de los problemas que describimos. Reynolds (2016) analiza como los discursos científicos, en los medios de comunicación y en la vida cotidiana se tiende a construir la idea de que el suicidio, como enfermedad mental, principalmente cerebral y atribuible a la persona, por lo que concluye que esta perspectiva hegemónica tiende a encubrir la violencia de contexto, la responsabilidad de los violentadores y a culpabilizar a la víctima. Nolle, et al. (2012), expone un caso que lo describe claramente: se reporta en los medios de comunicación lo que parece un intento de suicidio típico de una adolescente norteamericana de origen mexicano. En un principio asumen que ella es una personalidad “frágil” en una “edad problemática”. Hasta aquí pudo haber quedado como una confirmación de la opinión pública al respecto de la causalidad del suicidio. Sin embargo, el autor retoma el caso desde una perspectiva cualitativa y descubre una historia no visibilizada de violencia familiar y degradación. Su padre la reprendía constantemente por ser una carga y no ser una buena hija: “tenemos una hija que no vale nada y ella solo nos mete a nosotros en problemas” (Nolle, et al., 2012, p. 324). La jo-

ven, llena de culpa, atribuyó sus actos como un sacrificio para aliviar de un peso a su familia, haciéndose responsable por el daño que les causó. En este sentido, es importante empezar a considerar que el acto suicida no aparece espontáneamente, ni en la soledad, si no se acompaña de escenarios de violencia que rara vez se visibilizan. Así vamos dando cuenta de casos donde se pone mínimo énfasis por revisar los contextos de violencia familiar, social o institucional donde estos acontecen. Lo que además tiene esta consecuencia perversa de despolitizar cualquier cuestionamiento a las condiciones estructurales donde se dan los actos.

En este ejemplo damos cuenta de este proceso que analiza esferas individuales sin contacto externo. Por ello y bajo esta misma perspectiva el modelo neoliberal reconstituyó la infraestructura de atención de salud mental en América Latina con características compatibles. A saber, como sistemas asilares de tercer nivel, donde se practicaba la selectividad de intervenciones, la privatización de lo rentable, el aislamiento comunitario, la atribución individual del padecimiento y su consecuente estigmatización, presentando deficientes indicadores de cura y reintegración social (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017). Como señala Rodríguez (2007), los sistemas hospitalarios se enfocaban en la atención del daño, con grandes hospitales en zonas urbanas importantes, con modelos manicomiales clásicos y que absorben la mayoría de recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental. En una evaluación de los sistemas de salud en algunos países centroamericanos se evidenció un grupo de problemas, entre los que se destacan (Rodríguez, 2007):

- el acceso a los servicios de salud mental es limitado y el personal no está bien capacitado para manejar exitosamente los problemas que debe enfrentar.
- no se utiliza personal no médico para proveer asistencia en salud mental, aun en aquellas áreas donde no hay disponibilidad de médicos.
- Los tipos de tratamientos disponibles y más usados en el Sector Público son los psicofarmacológicos. La oferta de modalidades de psicoterapia es escasa.

En particular, el modelo mexicano no difiere en características generales del resto del continente, el presupuesto de salud solamente el 2% corresponde

a la salud mental, de ese total, el 80% se emplea para el funcionamiento de hospitales psiquiátricos, donde se cuentan con pocos servicios especializados, también se centraliza la atención en las grandes ciudades y únicamente el 30% de los servicios de atención primaria cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento de trastornos mentales (Berenzon, et al., 2013).

Con estas características de los sistemas de salud mental, la pandemia SARS-COV-2 tomó por sorpresa y evidenció las fragilidades estructurales con las que se contaba. Adicionalmente la investigación científica, ya en plena contingencia, continuó los sesgos de patologización, individualización del sufrimiento y ceguera a las condiciones de desigualdad y violencia social, económica, laboral, de salud, de género. En este sentido se identificaron 24,693 artículos científicos con respecto a la literatura COVID19 - Salud Mental, en donde predominó la investigación sobre ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático, desde un enfoque individualista y sin análisis de causas, contextos o preconditionantes (Chiu, Vega-Arce & Ho, 2020), siendo el denominador común que no existían propuestas de política pública, institucional o modelos de cambio social (Muldoon, Liu, McHugh, 2021). Por lo que el regreso a la normalidad se trató más del regreso hacia el consumo cotidiano que a las reflexiones que nos colocaron en esa condición (Yuen, et al., 2021). Asimismo las soluciones ofertadas fueron principalmente de difusión no dirigidas, sin regulación, sin políticas laborales o de cultura de trabajo (Almondes, et al., 2021). Por lo que el resultado de la pandemia desde la producción de conocimiento fue salir como se entró, únicamente afirmar lo que se sabe y no buscar lo que no se sabe.

Haciendo consciencia de este recorrido crítico a través de la ideología neoliberal, las instituciones, las disciplinas y las prácticas cotidianas, surge la necesidad de romper con estas inercias históricas de estudiar sujetos en islas incomunicadas, pero para continuar se deberán de analizar los escenarios posibles. Es cierto que en la era pospandemia el capitalismo continuará, pero será ahora a partir de demandas sociales de mayor intervención para controlar los efectos desquiciantes del mercado y replantear soluciones de nivel solidarias y colectivas (Borón, 2021). Este cambio requiere incorporarse como parte de las políticas institucionales de salud dentro de los escenarios específicos y consta de

la inclusión social, de la desestigmatización que acarrea el diagnóstico y el empoderamiento de la persona vulnerable (Bergmark, Bejerholm & Markstrom, 2017), modificando un enfoque técnico del “qué” a uno relacional del “cómo”, donde el tratamiento se considera todo un ritual que modifica integralmente la vida de la persona (van Os, et al., 2019). Desde aquí el “síntoma psicológico” deja de tener peso, para considerar la situación como un todo, siendo ahora la pauta atender el proceso y no los efectos (Elbau, Binder & Spoomaker, 2019). Un ejemplo de esta modificación paradigmática es expuesto por Sugden (et al., 2016) en donde la intervención paidopsicológica será desplazada de la convencional intervención en consultorio hacia los escenarios de convivencia real del infante. No es ya importante el desorden del lenguaje, ni catalogar al menor, sino la negociación con los diferentes contextos para propiciar ambientes nutritivos, de soporte y ajuste social.

Otro giro en este sentido es la sustitución progresiva del modelo de psiquiátrico tradicional de asilo, por un modelo de participación comunitaria buscando comprometer al paciente, la familia, a los profesionales de salud y a las instituciones (Silva, Cortegoso, Lussi, 2014). El enfermo deja de ser el portador de un trastorno mental para convertirse en un agente más de la sociedad, con interacción y necesidad de reintegración. Así mismo, implicará una resignificación de lo que se entiende por “enfoque interdisciplinario”, ya que históricamente se ha convertido en lugar común que tiende a trivializarse con prácticas inespecíficas (Zohn, 2013 en Belloch, Sandín & Ramos, 2020) o de unificación de presupuestos y espacios sin rigor profesional o modificación de prácticas de atención (van Os, et al., 2019).

Este modelo está ya siendo sustituido a nivel mundial bajo el amparo de las recomendaciones hechas por la OMS, consistentes en la reducción de hospitales psiquiátricos, la integración de la salud mental en la atención primaria, establecimiento de servicios comunitarios y el fomento de colaboración intrasectorial e intersectorial (OMS, 2007). Esto se ha consolidado en programas similares, pero heterogéneos, encontrando experiencias diversas en Chile (Aveggio, 2017), Canadá (White, et al., 2016), España (Ministerio de Sanidad, 2022), y más recientemente ha iniciado este proceso en México, ante la implementación de la nueva Ley

General de Salud en su capítulo VII publicada el 16 de mayo de 2022¹, la cual señala en su artículo 72 Bis que la atención en salud mental “deberá brindarse con un enfoque comunitario, de recuperación y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social.” (p. 28). Esta reforma consistirá en una modificación de los esquemas hospitalarios paulatino, hacia un modelo comunitario, lo que presentará nuevos desafíos a la infraestructura social, comunitaria y familiar. Los principales cambios parten del reconocimiento que el modelo asilar custodial se caracterizaba por un mayor estigma social, desvinculación con la comunidad, amplía la brecha entre salud general y salud mental y desembocaba inevitablemente en estadías prolongadas, por lo que esta aproximación buscará descentralizar los servicios, conservar la vinculación con la comunidad, provocando un menor estigma en el paciente y cerrando la brecha entre medicina general y especialidades (Secretaría de Salud, 2019).

Los avances en este sentido serán progresivos y aún existen muchos retos en la reconfiguración del sistema de salud en México. La pandemia hizo visible lo que andaba por ahí, sin ser visto. Por un lado, retrasó varios años la implementación políticas públicas, pero por otro magnificó lo que está fallando para marcar el camino hacia donde debemos dirigirnos. Debemos cuestionar y retirar el modelo neoliberal de concepción de sujeto y reorganizar los esquemas conceptuales en salud mental desde una perspectiva basada en derechos humanos.

¿Hacia dónde vamos? La lo-cura social

Inkcinct (2015) publica una caricatura donde dos sujetos señalan a un koala ansioso y desconcertado. Lo diagnostican con un problema de salud mental. El animal se encuentra abrazado desesperadamente de la base de lo que queda de uno de muchos arboles talados, en lo que hasta hace poco era un bosque. La ironía del cartón juega en el sentido de la ceguera de los profesionales que solo son capaces de mirar al marsupial, con pose

1 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

cientificista y sin dar cuenta de la tragedia alrededor. La insensibilidad retratada y la pertinencia del cartón al sentido de este texto merecen esta inclusión especial. Sí, se está siendo reiterativo a propósito en el tema de la invisibilización de las inequidades y violencias sociales en los que se construyó los modelos hegemónicos de salud mental. Esta propuesta de construcción subjetivante colectiva es por supuesto contraintuitiva en una sociedad globalizada y neoliberal. El discurso del individuo como altar último, junto con la idea de libertad como criterio de emancipación, es seductora. Por ello tomó mayor aceptación la concepción de medicalizar y tratar al sujeto como objeto, en lugar de politizar y colectivizar (Helbich & Jabr, 2022) y los procesos de cambio fueron definidos en términos del emprendimiento individual y no por la búsqueda de la transformación social (Genta, et al., 2021). Enfrentamos ahora el reto de abrir estos nuevos debates y aproximaciones en la formación profesional, por lo que con esta perspectiva de dar únicamente terapia individual a quien ha padecido algún tipo de violencia (institucional, económica, psicológica, laboral, emocional, física, sexual), con objetivos de la “reducción de la ansiedad” o “procesar el duelo”, es en efecto una forma de revictimización. Debemos ahora cimentar nuevas formas de intervención en salud mental, congruentes con derechos humanos, con una perspectiva crítica y colectiva, donde lo más importante para la persona es la búsqueda de justicia social y la equidad de condiciones (Helbich & Jabr, 2022).

¿Cómo iniciar el replanteamiento de nuestra profesión? Como primer paso se sugiere partir de principios de carácter políticos y éticos. Por ejemplo, retomando el concepto de ciudadanía ateniense. Desde aquí el “ciudadano” no es la unidad indivisible de derechos legales, sino por el contrario aquel que establece un vínculo de indeterminación entre la ciudad y el individuo. En el ágora, el ejercicio del poder no se distinguía del estado y la persona, entendiendo que no hay una motivación personal sino de actuación en nombre de la comunidad (Pájaro, 2011). De ahí que el sentido de ciudadanía va de la mano de un proceso de identificación social entre colectividades (Bowe, et al., 2022) y representa la construcción de niveles de solidaridad superiores a la interpersonal, esto es solidaridad de grupo e institucional (Quinn, Bromage & Rowe, 2020). Así se busca un proceso de cambio en el concepto de ciudadanía que

evoluciona de una ciudadanía formal (típica en sociedades occidentales), a una substantiva y posteriormente a una colectiva, donde se integra la comunidad como un “yo” y se definen mecanismos de protección y soporte a las minorías de la misma comunidad (Quinn, Bromage & Rowe, 2020). Esto se constituye en un proceso de solidaridad colectiva, que mira con mayor valor el interés conjunto sin detrimento del propio, siendo alternativa a la noción bioética tradicional de autonomía, justicia y utilidad (Häyry, 2022).

Esto propone una dimensión diferente en las intervenciones de salud mental, ahora desde la inclusión de los contextos y la producción de identidad social, la cual cuenta con méritos diferentes que deben de seguir siendo evaluados y revisados (Haslam, 2018 en Bowe, et al., 2022). En experiencias clásicas a tomar en consideración, podemos ir nuevamente por el tema de la esquizofrenia y revisar los estudios de Basaglia que pugnaba por una despsiquiatrización a través de servicios comunitarios y semi-asilares voluntarios (Evaristo, 2011). La forma de intervención implica trabajos de inclusión comunitaria, la eliminación de la estigmatización profesional y la resignificación personal de los delirios y alucinaciones como voces propias (Romme y Escher, 2005 en Belloch, Sandín & Ramos, 2020). En una versión adaptada a España, Laviana-Cuetos (2006) propone también una estructura de intervención comunitaria para la esquizofrenia apoyada en recursos instrumentales (supervisión y apoyo, ocupacionales, tutelares, dinero, reducción del estigma social y rechazo), familiares (información y apoyo personal para reducir los niveles de emoción) y personales (fármacos, recuperación de habilidades personales, psicoeducación y rehabilitación cognitiva). Estos deberán proveerse con estrategias puntuales de intervención domiciliaria, integración social, integración laboral, atención a los sinteco con equipos multidisciplinares y servicios de hospitalización de día, comunidades terapéuticas y equipos de salud mental comunitarios. La investigación muestra que estas estrategias deben ir siempre dirigidas hacia la atención de distintos niveles de atención comunitaria, desde la modificación de la ecología escolar, el incremento de habilidades de los usuarios y los distintos ambientes donde vive la población vulnerable (Herman, Saxena & Moodie, 2005). Así mismo, no puede surgir y germinar de la nada: debe existir un compromiso con la comunidad para mantener

las condiciones de salud mental con un clima que respeta de derechos básicos, que se compartan los valores por los que se persigue la unidad y se identifiquen las prácticas y necesidades conjuntas.

Ahora otro ejemplo de esta propuesta, pero considerando que tocamos el tema de suicidio más arriba, veamos al respecto que podemos encontrar. Aunque comúnmente se considere al suicidio como un resultado de una decisión individual, es más probable que se trate de la combinación de estresores: incluyendo desempleo, rompimiento de una relación, drogas y emociones dolorosas como vergüenza y culpa, entre otras causas (Ross, Kolves y De Leo, 2017). No es el resultado de la depresión o de problemas mentales, sino que en ocasiones el sujeto puede experimentar una necesidad de escape a un dolor que se percibe como insoportable, sin estar directamente vinculados por una causalidad (Cover, 2012 en White & Kral, 2014). Ante este panorama, White (2016) recomienda repensar la intervención hacia una mayor flexibilidad y múltiples marcos de construcción teórica, que dejen la conciencia de que el acto suicida va más allá de formulaciones biomédicas y profesionales de entendimiento: se necesitan además marcos de referencia culturales y perspectivas de justicia social. Desde estos planteamientos se elige una perspectiva de investigación acción participativa y constructivista, que pueden explorar explicaciones culturales, sociales y políticas del suicidio a partir de los propios sujetos de microinteracción (Gubriem y Holstein, 2008 en White y Krall, 2014). Para ello, es necesario: hablar de las experiencias y hacerse preguntas de los beneficios y limitantes de programas de prevención, generar ideas que hagan sentido, considerar el rol dominante de los discursos culturales que moldean ideas, involucrar el pensamiento crítico buscando desarrollar habilidades sociales como cuestionamiento de premisas, colaboración, decisiones de grupo, resolución de problemas, imaginar futuros alternativos y organización de cambio social, reconocer al sujeto como agente activo y autoridad de su propia vida, hacer un énfasis menor en transmitirle conocimiento empírico o hechos sobre el suicidio y privilegiar espacios que crean conocimiento local y acción conjunta. Técnicas de este tipo son el Digital storytelling y el mapeo de comunidad, los que permite generar formas de representación de la comunidad. Estos programas deben de ir aparejados al trabajo de cambio de contexto y políticas que permitan un mejoramiento de las condiciones sociales, ya que se parte de la premisa

que el suicidio es un *performance* y acto social vinculado al contexto (White, 2016). La conclusión es sencilla: la eficacia colectiva asentada en la comunidad contribuye al bienestar personal (Kral y Idlout, 2009 en White 2016).

Enfocarse por tanto en perspectivas de participación social, comunidad e identidad colectiva (ya sea desde la esquizofrenia, el suicidio o cualquier otro malestar psicológico) resulta en una más alta participación y empoderamiento en personas que tradicionalmente, desde los contextos de atención en salud mental, experimentaban la marginalización. Esto tendrá por supuesto, no el objetivo de la superación del síntoma, sino que tiene como fin último la adquisición de la ciudadanía (Quinn, Bromage & Rowe, 2020). Así la resiliencia colectiva y la defensa política constituyen un elemento fundamental e inexcusable en la salud mental y en su tratamiento (Helbich & Jabr, 2022), teniendo como énfasis primordial el construir o mantener una cohesión social (Bowe, 2022). Por lo que la literatura académica encuentra mayor evidencia para dejar atrás la idea de “aliviar” la salud mental con el enfoque tradicional, siendo más redituable considerar vulnerabilidades y trabajar en un posible largo proceso de fortalecer las resiliencias en los dominios sociales y existenciales (van Os, et al., 2019).

De esta forma, este es el rumbo que se debe de seguir pensando en un mundo pospandemia y en la posible preparación para un nuevo evento crítico. Así se concentraron esfuerzos de políticas de atención pública exitosos como en Alemania (Kaup, et al., 2022) o China (French, 2020) que, con sus inherentes diferencias, sus programas de atención en contingencia presentaron beneficios contrastantes con sociedades que favorecieron el enfoque individualista. Estas experiencias mostraron mayores conductas prosociales, refuerzo del sentido de destino común, identidad compartida, solidaridad y soporte comunitario (Bowe, 2022) y la percepción de vulnerabilidad al SARS-COV-2 se encontraba negativamente relacionada a los procesos construidos previamente de responsabilidad con los otros (Kaup, et al., 2022).

Rehabilitar en esta nueva perspectiva de salud mental, desde la inclusión social significa también fortalecer y garantizar el acceso a los derechos de ciudadanía, al ejercicio progresivo de estos derechos, a la capacidad de promoverlos y reconocerlos (Silva, Cortegoso & Lussi, 2014). Se debe ahora entender que la salud no es la meta, sino los medios

para que el paciente encuentre colectivamente el encuentro de objetivos significativos de vida (van Os, 2019). Haslam (2018, en Bowe, 2022) es lo que llama la cura social, lo que ha acumulado evidencia con la intención de encontrar rutas específicas de intervención a través de enfoques comunitarios y con beneficios para los voluntarios.

Aquí concluimos con una propuesta de juego de palabras desmitificando el término de locura. Consiste en identificar este nuevo paradigma para una sociedad pospandemia como una auténtica Lo-cura social.

Reflexiones finales

Encontramos evidencia necesaria que permite ir abriendo un camino hacia una perspectiva integral de atención en la salud mental. Países como Brasil, Canadá, España y recientemente México han empezado a dar pasos en este sentido, pero requiere por supuesto de un amplio cambio de paradigma en los niveles universitarios y profesionales. Por lo que es necesario el actual reconocimiento de la relación entre la justicia social y las violencias estructurales, como primer y fundamental paso para el trabajo de intervención en la salud mental (Helbich & Jabr, 2022). Esto implica por supuesto, un esfuerzo mayor por todos los agentes involucrados y abre rutas alternativas de políticas de salud ante escenarios como la reciente pandemia por Covid, demostrando en este caso los beneficios de un enfoque comunitario para la atención de la salud mental (Kaup, et al., 2022).

De ahí que se reivindica la idea de que el estudio de la salud mental es eminentemente político, porque se refiere a la experiencia de una persona en situación de vulnerabilidad u oprimida en un sistema de relaciones. Hay que romper con la idea de que la salud mental es un bien, sujeto a reglas de consumo y adaptaciones funcionales (Almeida-Filho, 2021). Donde la estrategia principal debe de ser una aproximación que integra los derechos humanos en la salud mental, las dimensiones históricas y sociopolíticas, en lugar de la victimización de los pacientes implicando que son únicamente responsables de la salud mental (Helbich & Jabr, 2022). Constituida por comunidades de curación a pequeña escala que fomentan la conexión y soporte para aprender a vivir, proveen la resiliencia colectiva para enfrentar desafíos, lo que se vincula positivamente

con el bienestar (Bowe, 2022). Su objetivo ahora no será la reducción de síntomas, sino obedecer aun orden superior, que es la participación social y la integración existencial (Van Os, et al., 2019).

La salud mental deberá ser entonces una herramienta política de ciudadanía para la demanda de justicia social.

Referencias

- Ahonen, Lia; Loeber, Rolf y David A. Brent. (2019). The Association Between Serious Mental Health Problems and Violence: Some Common Assumptions and Misconceptions. *Trauma, violence & abuse*, 20(5), 613–625. <https://doi.org/10.1177/1524838017726423>
- Al Haq. (2019), “The surveillance industry and human rights: Israel’s marketing of the occupation of Palestine”, disponible en: www.alhaq.org/cached_uploads/download/alhaq_files/images/stories/PDF/
- Almeida-Filho Naomar. (2021). Urbanization and mental health as a research problem in Latin America (with a focus on Brazil). *Current opinion in psychiatry*, 34(3), 293–298. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000695>
- Almondes, Katie; Bizarro, Lisiane; Miyazaki, Maria; Soares, Maria; Peuker, Ana Carolina; Teodoro, Maycoln; Modesto, Joao Gabriel; Veraksa, Aleksander; Singh Purnima; Han Buxin and Tholene Sodi. (2021) Comparative Analysis of Psychology Responding to COVID-19 Pandemic in Brics Nations. *Front. Psychol.* 12:567585. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.567585>
- Antonioni, Michelangelo. (1966). *Blow up* [Película]. Carlo Ponti Productions
- Aveggio, Ricardo. (2018). Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile: universalidad, diversidad y singularidad. *Estado, Gobierno Y Gestión Pública*, (30), 87–114. Recuperado a partir de <https://revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/view/4923>
- Ayed, Nadia; Toner, Sarah y Priebe, Stefan. (2019). Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. *Psychology and psychotherapy*, 92(3), 299–341. <https://doi.org/10.1111/papt.12185>

- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio y Francisco Ramos. (2008). *Manual De Psicopatología Vol I y II*. McGraw Hill.
- Berenzon, Soshana; Saavedra, Nayelhi, Medina-Mora, María Elena; Aparicio, Víctor y Jorge Galván. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Publica* 33(4), 2013
- Bergmark, Magnus; Bejerholm, Ulrika and Urban Markström. (2017) Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years. *Social Policy & Administration*, 51: 95– 113. <http://doi.org/10.1111/spol.12175>
- Bianchi, Eugenia. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038.
- Borón, Atilio. (2021). La pandemia y el fin de la era neoliberal. *Errancia poliéticas*, marzo 2021. https://www.iztacala.unam.mx/errancia/archivos_errancia.html
- Bowe, Mhairi; Wakefield, Juliet; Kellezi, Blerina; Stevenson, Clifford; McNamara, Niamh; Jones, Bethany; Sumich, Alex y Nadja Heym. (2022). The mental health benefits of community helping during crisis: Coordinated helping, community identification and sense of unity during the COVID-19 pandemic. *Journal of community & applied social psychology*, 32(3), 521–535. <https://doi.org/10.1002/casp.2520>
- Braunstein, Néstor. (1980). *Psiquetría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia lacan)*. Siglo XXI Editores
- Braunstein, Néstor. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI Editores.
- Bravo, Luis. (2013). Fifty years of psychology in Chile: a personal account. *Psykhé (Santiago)*, 22 (1), 125-137, <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.22.1.631>
- Cabanas, Edgar. & Illouz, Eva. (2019). *Happycracia*. Paidós.
- Campos, Ioneide de Oliveira; Magalhães, Yasmim; Kikuchi, Pamela; Jabur, Pedro; Rebouças, Fabiola y Girlene Pinheiro. (2015). Saúde mental e economia solidária: a experiência de usuários e trabalhadores de um CAPS II/Mental health and solidarity economy: the experience of users and workers of a Psychosocial Care Center. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 23(2), 411–415. <https://doi.org/10.11606/issn1518-9792.cto.v23n2.p411-415>

- org/10.4322/0104-4931.ctoRE0523
- Chiu, Wen-Ta; Vega-Arce, Maribel y Yuh-Shan Ho. (2020). A Relationship between Coronavirus Publications and Coronavirus-Related Infectious Diseases. *Universitas Psychologica*, 19, 1–4. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.11144/Javeriana.upsy19.rcpc>
- Cockerham, William. (2011). *The sociology of mental* Marks, D. (1999). *Disability: Controversial debates disorders* (8th edition). Pearson Education
- Duero, Dante. (2013). El diagnóstico psicopatológico: características y supuestos epistemológicos en los que se sustenta. *Revista colombiana de psicología*, vol 22, no. 1, enero-junio 2013, p. 91-106
- Elbau, Immanuel; Binder, Elisabeth y Victor Spoomaker. (2019). Symptoms are not the solution but the problem: Why psychiatric research should focus on processes rather than symptoms. *The Behavioral and brain sciences*, 42, e7. <https://doi.org/10.1017/S0140525X18001000>
- Escudero-Nahón, Alexandro. (2021). Metasíntesis sobre la narrativa educativa durante la pandemia por COVID-19. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 12(22), 00007. Epub 06 de diciembre de 2021. <https://doi.org/10.32870/dse.v0i22.849>
- Evaristo, Pasquale. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>
- Fendrik Silvia y Jerusalinsky, Alfredo. (2011). *El libro negro de la psicopatología contemporánea*. Siglo XXI.
- Ferro, Luis Felipe; Macedo, Monica y Morgana Loureiro. (2022). *Economia Solidária, Saúde Mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda*. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. 23:101-116. Editora Cubo.
- Fiennes, Sophie. (2006). *The pervert guide to cinema* [Película]. Amoeba Film
- Foucault, Michel. (1971). *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason*. New American Library [Freedom_of_Opinion_and_Expression.pdf](#) (Revisado el 21 Enero 2022).
- French, Howard. (2020). *Why China's Boasts About Containing CO-*

- VID-19 Could Backfire. *World Politics Review* (Selective Content), 1.
- Galeano, Eduardo. (2004). *Las venas abiertas de América Latina*. Siglo XXI
- Genta Maragni, Felipe; Hsiao, Jony; Casa Nova, Silvia Pereira; Duarte Cardoso de Brito, Natalia Dinoá y Ana Luisa Aranha e Silva. (2021). Healthily crazy business! Solidarity economy and financial education as emancipation tools for the mentally ill. *Innovar*, 31(82), 203-222. <https://doi.org/10.15446/innovar.v31n82.98422>
- Goedeke, Sonja y Kerry Gibson. (2011). What do New Psychology Students Know about Difference in Students' Comprehension? *College Psychology? Australian Psychologist*. Jun2011, Vol. 46 Issue 2, p133-139. 7p., <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00028.x>
- Halguin, Richard & Whitbourne, Krauss. (2012). *Psicología de la anormalidad, perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. McGraw Hill
- Häyry Matti. (2022). COVID-19: Another Look at Solidarity. *Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ : the international journal of healthcare ethics committees*, 31(2), 256–262. <https://doi.org/10.1017/S0963180120001115>
- Helbich, Maria and Samah Jabr. (2022), “Mental health under occupation: an analysis of the de-politicization of the mental health discourse in Palestine and a call for a human rights approach”, *International Journal of Human Rights in Healthcare*, Vol. 15 No. 1, pp. 4-16. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-01-2021-0015>
- Henriksen, M. (2020). Empathy in a social psychiatry. En Englander, Magnus [Editor]. (2020). *Phenomenology and the social context of psychiatry: Social relations, psychopathology, and husserl's philosophy*. Bloomsbury Publishing.
- Herman, Helen; Saxena, S. & Moodie, R. (eds.) (2005). *Promoting Mental Health, concepts, emerging evidence, practice*. Switzerland: WHO Library
- Inkcinct. (2015). Inkcinct-2015-133. Inkcinct Cartoons. www.inkcinct.com.au
- Kapusta, Andrzej. (2020). Interpersonal Experience and Psychopathology. *Eidos. A Journal for Philosophy of Culture* 4, no. 3 (2020): 48-64.

- <https://doi.org/10.14394/eidos.jpc.2020.0030>.
- Kaup, Theodor; Schweda, Adam; Krakowczyk, Julia; Dinse, Hannah; Skoda, Eva Maria; Teufel, Martin y Alexander Bäuerle. (2022). Levels, Predictors, and Distribution of Interpersonal Solidarity during the COVID-19 Pandemic. En *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 2041. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042041>
- Koegler, Erica; Kennedy, Caitlin; Mrindi, Janvier; Bachunguye, Richard; Winch, Peter; Ramazani, Paul; Makambo, Maphie y Nancy Glass. (2019). Understanding How Solidarity Groups—A Community-Based Economic and Psychosocial Support Intervention—Can Affect Mental Health for Survivors of Conflict-Related Sexual Violence in Democratic Republic of the Congo. *Violence Against Women*, 25(3), 359–374. <https://doi.org/10.1177/1077801218778378>
- Lambros, Katina; Culver, Shirley y Pamela Hosmer. (2007). Mental Health Intervention Teams: A Collaborative Model to Promote Positive Behavioral Support for Youth with Emotional or Behavioral Disorders. *The California School Psychologist*, Vol. 12, pp. 59 – 71, 2007
- Laviana-Cuetos, Margarita. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373 ISSN 0213-3334
- López-Arellano, Oliva y Edgar Jarillo-Soto. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Saúde Pública* 33 (Suppl 2) 27 Jul 2017. <https://doi.org/10.15090/0102-311X00087416>
- Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026). Ministerio de Sanidad. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
- Moll León, Sarah. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología (PUCP)*, 31(1), 99-128. Recuperado en 30 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472013000100004&lng=es&tlng=es.
- Muldoon, Orla; Liu, James y Cillian McHugh. (2021). The Political Psychology of COVID-19. *POLITICAL PSYCHOLOGY*, 42(5),

- 715–728. <https://doi-org/10.1111/pops.12775>
- Múzquiz Jiménez, Álvaro. (2013). The construction of psychopathology and psychiatric practice. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 575-592
- Navarro Jiménez, José Omar y Villagrán Vázquez (2022). El entrenamiento de la atención consciente (mindfulness) como alternativa terapéutica integral.
- Nolle, Allyson; Gulbas, Lauren Kuhlberg, J. A. & Zayas, L. H. (2012). Sacrifice for the Sake of the Family: Expressions of Familism by Latina Teens in the Context of Suicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82: 319–327. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01166.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). The optimal mix of services. WHO Library
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Enfrentando problemas plus (EP+), Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. WHO Library.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity. WHO Library
- Organización Mundial de la Salud. (2019), “Health conditions in the occupied palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan. Report by the Director-General, A72/33”, disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_33-en.pdf (Accesado 22 Enero 2022).
- Pájaro, Diego. (2011). La ciudad democrática y el poder coercitivo de la pólis. III Jornadas Nacionales de Historia Antigua, 312-322.
- Panjwani, Aliza; Gurung, Regan y Tracey Revenson. (2017). The Teaching of Undergraduate Health Psychology, A National Survey. *Teaching of Psychology*, Vol 44, Issue 3, pp. 268 – 273. <https://doi.org/10.1177/0098628317712786>
- Pereña García, Francisco. (2011). Notes for an infantile psychopathology. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 255-269. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200006>
- Piña, Julio; Sánchez-Bravo, Claudia; García-Cedillo, Ismael; Ybarra, José y Cirilo García-Cadena. (2013). Psicología de la salud en México:

- algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas*, v. 9, no. 2, p. 347-360, dic 2013, <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2013.0002.08>.
- Porras Velásquez, Néstor Raúl. (2011). Del pluralismo al eclecticismo en la psicología de hoy: una reflexión epistemológica. *Tesis Psicológica*, (6), 151-172
- Pridmore, Saxby y Peter Bowen. (2009). Suicide, mental disorder and responsibility. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 5 (2), p. 61-68. <http://doi.org/10.1017/S1742646409990070>
- Quinn, Neil; Bromage, Billy y Michael. (2019). Collective citizenship: From citizenship and mental health to citizenship and solidarity. *Soc Policy Admin.* 2020; 54: 361– 374. <https://doi.org/10.1111/spol.12551>
- Restrepo, Jorge. (2007). ¿Es necesaria una recalibración epistemológica de la psiquiatría? Elementos para una discusión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI, No. 3, 2007
- Reyes Morris, Víctor. (2008). Anomia y criminalidad: Un recorrido a través del desarrollo conceptual del término Anomia. *Revista Criminalidad*, 50(1), 319-332. Retrieved June 30, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082008000100009&lng=en&tlng=es.
- Reynolds, Vikki. (2016). Hate kills, a social justice responde to “Suicide”. En White, J., Marsh, I., Kral, M. y Morris, J. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (169-187). UBC Press
- Ribes, Ernesto. (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 35, 3-17
- Rodríguez, Jorge. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Rev Psiquiatr Urug* 2007;71(2):117-124
- Rohleder, Poul. (2012). *Critical Issues in Clinical and Health Psychology*. London: Sage Publications Ltd
- Romme, Marius y Escher, Sandra. (2005). *Dando sentido a las voces: guía por los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

- Ross, Victoria; Kølves, Kairi y Diego De Leo. (2017). Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(3), 519–530. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1227005>
- Santiago, Eneida y Silvio Yasui. (2015). Salud mental y economía solidaria: cartografía de su discurso político. *ARTIGOS, Psicol. Soc.* 27 (03), Dez 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p700>
- Savater, Fernando. (1988). *Ética como amor propio*. Ariel.
- Secretaría de Salud. (2019). Reestructura de modelo de salud mental en México. Secretaría de Salud. <https://app.unisa.cdmx.gob.mx/campus/pluginfile.php/43157/course/section/1390/5.%20REESTRUCTURA%20DE%20MODELO%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20MEXICO.pdf>
- Silva, Leticia; Cortegoso, Ana Lucía e Isabela Lussi. (2014). Da orientação profissional à inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental em empreendimentos econômicos solidários/ From career guidance to the labor insertion of users of mental health services in solidarity economy enterprises. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 22(2). <https://doi.org/10.4322/cto.2014.049>
- Sugden, Eleanor; Baker, Elise; Munro Natalie y A. Lynn Williams. (2016). Involvement of parents in intervention for childhood speech sound disorders: a review of the evidence. *INT J LANG COMMUN DISORD*, November– December 51(6), 597–625.
- Van Os, Jim; Guloksuz, Sinan; Vijn, Thomas; Hafkenscheid, Anton y Philippe Delespaul. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change?. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Verissimo Veronese, Marília. (2020). Economia solidária, saúde mental e arte/cultura: promovendo a racionalidade política dos comuns. *Polis (Santiago)*, 19(57), 183-211. <https://doi.org/10.32735/s0718-6568/2020-n57-1568>
- Wareham, Ruth. (2019). Indoctrination, delusion and the possibility of epistemic innocence. *Theory and Research in Education*, 17(1), 40–61.

<https://doi.org/10.1177/1477878518812033>

- White, Jennifer & Michael Kral. (2014). Re-Thinking Youth Suicide: Language, Culture, and Power. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, Volume 6 (Number 1), 122-142.
- White, Jennifer. (2016). Reimagining youth suicide prevention. En White, Jennifer, Ian Marsh, Michael Kral y Jonathan Morris. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (244-262). UBC Press.
- White, Jennifer; Marsh, Ian; Kral, Michael y Jonathan. (Eds.) (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (169-187). UBC Press.
- Wodak, Ruth y Michael Meyer. (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa.
- Yuen, Kum Fai; Cao, Yangyi; Bai, Xiwen y Xuequin Wang. (2021). The psychology of cruise service usage post COVID-19: Health management and policy implications. *Marine Policy*, 130.

