



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

**SALUD MENTAL: CRÍTICAS Y APORTES PARA SU PRÁCTICA
PROFESIONAL**

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ RUBÉN

JURADO
TUTOR MTRO RUBÉN LARA PIÑA
LIC SARA UNDA ROJAS
LIC PEDRO VARGAS AVALOS
MTRO SERGIO OCHOA ALVAREZ
MTRO RODOLFO CORONA MIRANDA



FES ZARAGOZA

AGOSTO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1	
SALUD.....	6
Definiciones sobre salud.....	6
CAPITULO 2	
SALUD MENTAL.....	12
2.1 Definiciones sobre Salud Mental.....	12
2.2 Criterios y modelos en salud mental.....	17
2.3 Criterios de Roque.....	17
2.4 Criterios de Peck y Mitchell.....	17
2.5 Modelos o concepciones de Sánchez.....	18
2.6 Criterios de salud mental positiva de Jahoda.....	19
2.7 Modelo de Gordon Allport.....	21
2.8 Modelo de salud mental general de Warr.....	21
2.9 Modelo de situación postulado por Kornhauser.....	25
2.10 Modelo de la indefensión, atribución de causalidad y depresión postulado por Seligman.....	26
2.11 Modelo de la causación social postulado por Mirosky y Ross.....	26
CAPITULO 3	
SALUD PÚBLICA.....	30
CAPITULO 4	
SALUD MENTAL COMUNITARIA (SMC).....	35
PSICOLOGÍA COMUNITARIA (PC).....	37
4.1 Breve perspectiva histórica del movimiento comunitario.....	37

4.2 Diferencias entre SMC y PC.....	40
4.3 Características de la Psicología Comunitaria.....	40
4.4 El objeto de la Psicología Comunitaria.....	41
4.5 Premisas en Psicología Comunitaria.....	42
4.6 Programa de prevención comunitaria por Montero (1994).....	43
4.7 Modelo de Competencia por Costa (2007).....	46
CAPITULO 5	
CRITICAS Y APORTES PARA SU PRÁCTICA PROFESIONAL.....	49
PROPUESTA.....	63
CONCLUSIONES.....	70
REFERENCIAS.....	76

RESUMEN:

El presente trabajo se propone hacer una revisión a los diferentes modelos en salud mental. Se definen diferentes concepciones sobre que es “salud” y “salud mental”. Se describen los diferentes modelos o concepciones básicas tales como: médico, normalidad estadística, normalidad social, proceso, ideal positivo o utópico, psicológico y sociológico. Se plantea la salud pública como modelo de intervención a nivel poblacional; se describen las actividades en salud mental comunitaria y psicología comunitaria. Se propone un modelo de intervención a nivel individual y a nivel comunitario. Así el psicólogo profesional interesado en la salud mental determinará cómo una persona podría alcanzar un óptimo desarrollo de la salud psíquica o bienestar psicológico, evitando la enfermedad y en su caso, curar y/o rehabilitar; disponiendo de elementos, capacidades y habilidades adquiridas durante su formación profesional. Donde la prevención del deterioro psicológico es el eje central de la salud mental en psicología.

INTRODUCCIÓN

La Psicología Clínica moderna ha tenido un cambio de énfasis, ampliándose del sólo interés por el sujeto enfermo o anormal, al interés por el sujeto normal que enfrenta problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia, o en la vida profesional, o debido a la exposición de situaciones extremadamente difíciles. Esta evolución no ha restringido de ningún modo el trabajo tradicional en la prevención y en el tratamiento de las enfermedades mentales; campo en el que muchos psicólogos clínicos y psiquiatras están actualmente cooperando o, a veces, compitiendo, pero finalmente laborando.

El estereotipo del psicólogo con anterioridad se reducía ante la sociedad a ser el ayudante del psiquiatra y del médico; o un profesionista con un campo laboral exclusivamente ligado a personas que sufren demencia; usualmente conocida como locura. Sin embargo, su campo laboral es mucho más amplio a lo anteriormente mencionado; ya que éste se especializa en la conducta y esto hace que pueda penetrar en todos los aspectos ambientales (físico y social) e individuales que afectan el comportamiento de una persona.

El tema de la salud mental es un tema de controversia y preocupación dentro del campo psicológico, ya que ha predominado una versión simplista y superficial para denominar dicho término como estado sometido a las fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, que permite al individuo realizar una síntesis satisfactoria de sus impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; formar y mantener relaciones armónicas con los demás y participar en cambios constructivos en un medio físico y social. Pero en la generalidad de las personas, existe un rechazo o temor a reconocer que tienen un problema psicológico por lo que al hablar de trastornos mentales es necesario explicar lo que se entiende por mente. En primer lugar lo que llamamos “mente”

puede también ser conocido como psique o subjetividad. La mente, psique o subjetividad no es un órgano como el corazón o el cerebro, la psique es una función del hombre que tiene como base material al cerebro, pero no es lo mismo que éste; ya que la mente o psique es la combinación o unión de dos “áreas” distintas, las ideas o pensamientos y las emociones.

Designar como enfermedad a cualquier anormalidad o alteración del comportamiento o de la subjetividad, es validar las posturas biologists que abordan la personalidad alterada y es a la vez una exageración conceptual del mismo tamaño que el naturalismo sociológico que habla de los conflictos y antagonismos de la sociedad como “enfermedades sociales” o disfunciones del “organismo social”.

Varios autores se han dado a la tarea de elaborar definiciones o de tratar de describir qué es la salud, algunos de los cuales toman como punto de referencia el óptimo de la capacidad que el hombre puede desarrollar, otros retoman factores medio ambientales, sociales, psicológicos, económicos; sin embargo, la salud y la enfermedad no son términos absolutos ya que existe una dinámica de relación entre los dos; y que desde un punto vista dinámico se podría definir la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, de la capacidad de funcionamiento que permite los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad. Cabe añadir que la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en sus inicios en 1948 la describe simplemente como la ausencia de enfermedad, es decir un estado de completo bienestar físico, mental y social; aporta importantes elementos innovadores a la definición clásica de salud en ausencia de enfermedad, entre los que cabe mencionar qué por primera vez se define la salud en términos positivos y no negativos donde se incluyeron las áreas mental y social como uno de los componentes de la salud.

Desde los albores de la historia, el hombre ha tenido que enfrentarse con diversos problemas de salud y de estos se derivan los de salud mental; determinados unos por factores de tipo genético-bioquímico y otros de carácter socio-cultural. Sin embargo, los problemas psicológicos y las precarias condiciones sociales que afectan a la humanidad en nuestros días son de tal manera variados que el individuo ha tenido que irse modificando bajo el efecto de los mismos, tratando de escapar, muchas veces sin éxito, de un torbellino que tiende a arrastrarlo hacia al abismo insondable de la enfermedad mental.

Así las concepciones sobre la salud mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Presentan ambigüedad en la medida en que distan de ser universalmente aceptadas e incorporan en su definición aspectos valorativos. El concepto de salud mental varía según los autores y las distintas definiciones y modelos teóricos tanto psicológicos como sociológicos y médicos. En otras palabras; la salud mental puede considerarse un fenómeno médico, psicológico o sociológico según los fines de la investigación científica, pero la

clasificación de la salud mental en una u otra de estas tres categorías no significa que las tres concepciones estén totalmente separadas.

Por lo tanto, el campo de la salud mental no se circunscribe sólo a las enfermedades mentales incapacitantes (psiquiatría), sino que en dicho campo se incluyen también alteraciones psicológicas, emocionales y conductuales que no encajan del todo en las categorías convencionales.

Así la salud mental significa el marco en el que se estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, el funcionamiento de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino a la felicidad y lograr correctas relaciones interpersonales, que le permitan al individuo funcionar de manera adecuada como una de las piezas del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere, depende pues básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales, afectivas y conativas.

De esta manera para el tratamiento de la salud mental existen instituciones encargadas de dar apoyo a las comunidades y a las personas que en ella habitan, una institución encargada de ofrecer este servicio es la salud pública la cual como su nombre lo indica, se refiere a la salud de la colectividad. Aquí el interés se centra en la salud de la población, no en la del individuo en lo particular. La salud pública tiene por objetivo general lograr el más alto nivel de salud en la población, y comprende un conjunto de ciencias (biológicas, sociales y administrativas al estudio de los fenómenos de salud íntegros) y habilidades para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la colectividad, mediante su participación activa y organizada.

La salud mental comunitaria se presenta como una alternativa crítica a los servicios de la salud mental tradicionales y se refiere a todas las actividades realizadas en las comunidades en nombre de la salud mental. El denominado movimiento de la salud mental comunitaria aboga por una nueva concepción del profesional, el cual está más dirigido hacia la comunidad y hacia una nueva forma de planificar y distribuir los servicios de salud mental.

Por su parte la psicología comunitaria es un área de investigación e intervención de reciente y creciente desarrollo. Surge como un modelo alternativo a las aproximaciones tradicionales que históricamente se han venido ocupando de la prevención y de la resolución de problemas en el ámbito de la salud mental, que contribuye a ampliar las perspectivas ocupacionales metodológicas, técnicas y de investigación del psicólogo. A las ya clásicas áreas de psicología educativa, clínica y laboral se añade un nuevo frente de intervención profesional al servicio de la comunidad, al servicio del cambio y de la promoción de la salud, en el que el

psicólogo supera una posición clásica de observación, descripción, diagnóstico y clasificación de fenómenos y conductas para adoptar por fin una posición y perspectiva intervencionista.

Por lo anterior el presente trabajo pretende dar un panorama general sobre la salud mental, iniciando en el capítulo uno con definiciones al respecto sobre qué es la salud; en el capítulo dos, se exponen las diferentes acepciones sobre salud mental y se describen los criterios y modelos representativos en psicología para alcanzar o desarrollar un grado óptimo en salud mental / salud psíquica; en el capítulo tres, se expone la salud pública como modelo de intervención a nivel poblacional; en el capítulo cuatro, se describen las actividades en salud mental comunitaria y en psicología comunitaria; se presenta un modelo de intervención y una propuesta para mejorar y optimizar la prestación de servicios por parte del psicólogo profesional; en el capítulo cinco, se hacen algunas críticas a los modelos predominantes en salud mental (médico, psicológico y sociológico) y se proponen algunos puntos para promover un cambio en la actitud del psicólogo como profesional, llevando su interés fundamental a la prevención del deterioro psicológico o trastorno mental.

SALUD

El hombre vive en interacción e intercambio constante con su medio, de manera que hay situaciones que tiene que afrontar, por lo tanto no es adaptación sino lucha; es decir, la salud está condicionada no sólo a factores biológicos sino también a los del ambiente físico y como característica del hombre a la estructura socioeconómica. Lo importante es que esta interacción hombre-ambiente, la calidad y la intensidad de la respuesta del organismo sean adecuadas a los estímulos del medio ambiente para mantener el equilibrio tanto a nivel interno como externo, la salud en consecuencia es una situación de equilibrio dinámico con el ambiente funcionando el organismo; es decir, no sólo consiste en mantener un ajuste con el medio, sino que además éste permita que el hombre pueda funcionar al óptimo de su capacidad.

Colomer (2000) menciona que la salud ha sido una constante en todas las sociedades y culturas, su definición e interpretación conceptual ha evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se ha dado en cada época y de la metodología empleada para analizarla. La creación y utilización de diversas definiciones de salud que en la actualidad se aplican se debe en mucho a la capacidad de difusión que poseen o a la trascendencia dada a las personas o instituciones que las han elaborado, no siendo siempre los conceptos los más utilizados o los más operativos los que han alcanzado mayor divulgación. La evolución histórica del concepto de salud y su relación con la enfermedad ha sido estudiada entre otras disciplinas por la epidemiología histórica (Beaglehole, 1999; Caraveo, 1998; Díaz, 1999; y Jiménez, 1998).

Sin embargo en las últimas décadas se ha observado un cambio conceptual que ha incorporado a los enfoques sanitarios, como la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en sus inicios en 1948 la describe simplemente como la ausencia de enfermedad, es decir un estado de completo bienestar físico, mental y social; esta definición aportó importantes elementos innovadores a la definición clásica de salud en ausencia de enfermedad, entre los que cabe mencionar por primera vez se define la salud en términos positivos y no negativos donde se incluyeron las áreas mental y social como uno de los componentes de la salud.

Así varios autores se han dado a la tarea de elaborar definiciones o tratar de describir que es la salud, algunos de los cuales toman como punto de referencia el óptimo de la capacidad que el hombre puede desarrollar, otros retoman factores medio ambientales, sociales, psicológicos, económicos; a continuación se presentan las siguientes.

Para Colomer (2000) la salud puede ser estudiada y definida desde diferentes enfoques: sanitario, sociológico o económico. El concepto de salud ha sido influenciado en forma decisiva por la evolución social que se ha producido en las últimas décadas junto a los cambios sociales y económicos observados

fundamentalmente en los países desarrollados, el interés creciente de la sociedad por la salud y la participación progresiva de profesionales sanitarios en este campo han determinando cambios conceptuales importantes. Este autor hace una recopilación de algunas definiciones de salud aportadas en diferentes contextos por diversos autores que hacen énfasis en distintos aspectos. A continuación se mencionan las referidas por Blaxter, Terris, Last, Dubos y Hancock:

Blaxter se concreta a dar una exposición en términos generales sobre salud y menciona que puede ser definida desde diferentes puntos de vista, por ejemplo: no enfermedad, ausencia de enfermedad o reserva, comportamientos, estilos de vida, bienestar físico, energía o vitalidad, relación social funcional y bienestar psicosocial.

Para Terris su concepto consta de dos componentes: uno subjetivo que es de bienestar (es el hecho de sentirse bien en diferentes grados consigo mismo; es decir, en el contexto psicológico), otro objetivo que esta ligado a la capacidad de funcionamiento (en el contexto orgánico). Quedando la definición de salud “como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (Colomer, 2000, p. 7). Este autor destaca que la relación entre salud y enfermedad puede presentar un continuo cuyos extremos van desde lo normal hasta lo patológico. Por ello se acepta que la salud y la enfermedad no es absoluta y que existe una dinámica de relación entre los dos términos; que desde un punto vista dinámico se podría definir la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, de la capacidad de funcionamiento que permite los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad, desde esta perspectiva la definición aporta una visión más sociológica de la salud puesto que contempla la relación del individuo con el medio ambiente, este aspecto lo han retomado otras posturas donde destacan la importancia del individuo para adaptarse al entorno y la colectividad.

Last por su parte integra en sus definiciones el factor mental y social, donde a nivel social plantea un “estado de equilibrio dinámico en el que la capacidad de un individuo o grupo para enfrentarse a todas las circunstancias de la vida se encuentra en un nivel optimo.” Y a nivel mental es un “Estado caracterizado por la integridad anatómica, fisiológica y psicológica con posibilidad para cumplir personalmente las funciones de importancia en el seno de la familia, del trabajo y de la comunidad; asimismo capacidad para enfrentarse al estrés físico, biológico, psicológico y social, sentimiento de bienestar y ausencia de enfermedad” (Colomer, 2000, p. 9).

Otra definición la presenta Dubos y dice que la salud no puede ser planteada en términos de atributos anatómicos, fisiológicos o mentales lo cual lleva a definir su concepción de salud como la habilidad del individuo para funcionar de manera aceptable para el mismo y para el grupo del que forma parte. Así la salud es

el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana, biológicas, psicológicas y sociales, este equilibrio exige la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre que son significativamente las mismas para todos los seres humanos, necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales de una adaptación siempre permanente del hombre dentro de una dinámica constante.

Hancock plantea el modelo ecológico, donde presenta a la persona en tres dimensiones: cuerpo, mente y espíritu; y como extensión con esta e interacción con ella la familia, la comunidad, el ambiente construido, sociedad y la cultura; todo ello se encuadra dentro de la biosfera en que la persona se desarrolla; este autor describe a la salud como expresión y componente del desarrollo humano, que tiene que ser definida y analizada siempre en sentido ecológico; en otras palabras la relación medio ambiente - persona.

Sánchez (2005, p. 1) por su parte expone que “la salud individual se ha considerado por mucho tiempo como una condición del organismo físicamente íntegra que funciona de manera armónica”, menciona que posteriormente se integró que estas funciones del cuerpo deben mantenerse en equilibrio, no sólo con su medio interno, sino también con su medio externo. Esta definición supera el criterio de la salud física, dándole la importancia que tiene al aspecto mental y social; de esta forma la salud no sólo es bienestar físico, sino también con el ambiente sociocultural; desde luego este concepto se considera totalizador, porque el hombre es una entidad bio-psico-social sin embargo la definición se considera un tanto utópica por señalar que es un estado que denota una condición estática y en realidad es que se trata de una situación dinámica y de ajuste constante con los diversos factores que de alguna forma pueden ser alterados.

De otra forma Sánchez (2005) describe el concepto ecológico de salud donde resulta muy difícil establecer límites precisos entre la salud y la enfermedad, porque entre el hombre y su ambiente hay una serie constante y compleja de interacciones que no es posible simplificar, es decir que la salud no es sólo una condición biológica con determinadas características sino que varía en relación con el ambiente físico, psíquico, químico y sociocultural. El enfoque plantea en forma simple las complejas interrelaciones de los seres humanos con su medio ambiente, dado que en un ecosistema es parte de la comunidad biótica, que agrega que en cada comunidad hay un ambiente físico, químico y un biológico, para el hombre producto de su interacción hay uno más que es el sociocultural. Este enfoque en la actualidad acepta que la salud es una condición de equilibrio dinámico con el ambiente, y la enfermedad se presenta cuando se rompe ese equilibrio.

Históricamente el hombre es producto de su ambiente de ahí la importancia que tiene éste en la salud del devenir de la vida para los seres humanos donde esta concepción señala que la salud no es posible alcanzarla en condiciones de carácter médico sino que obliga a considerarla en su verdadera dimensión en su ambiente a nivel colectivo y el impacto individual.

López (1993) plantea que el concepto de salud ha servido para determinar las acciones sanitarias a nivel individual y colectivo, en donde la salud y la enfermedad son dos procesos que se vinculan; desde un punto de vista *biológico* la salud significa equilibrio y armonía entre las diversas funciones orgánicas, adaptación y resistencia al medio ambiente; desde el punto de vista *ecológico* la salud se concibe como la óptima capacidad del individuo para su continua adaptación al ambiente en todos sus niveles y desde el punto de vista *psicológico*, en la salud intervienen la capacidad intelectual y la de vivir la vida y no ser vivido por ella dentro de la esfera orgánica y social. Sostiene que la salud también se equipara al equilibrio que resulta del organismo con las fuerzas tendientes a su alteración, no es una relación pasiva entre organismos y factores que pudieran afectarla sino una respuesta de naturaleza activa. Sin embargo, los enfoques citados anteriormente coinciden en señalar la ausencia de salud como una disfunción que afecta al individuo en la esfera orgánica y social.

Por otro lado, la enfermedad se aprecia desde varios puntos de vista: biológico, clínico, social, psicológico y teológico. El biólogo concibe a la enfermedad como un desequilibrio de funciones que causan alteraciones en el organismo; para el clínico, consiste en lesión o anomalía descubierta por investigación objetiva; el sociólogo está atento a la repercusión que la enfermedad tiene sobre el núcleo familiar y de ahí a la sociedad; en el campo psicológico cada individuo en su interior se cuestiona ¡por qué a mí!, exhibiendo al principio un franco rechazo a su estado patológico, el nivel de adaptación a su realidad de enfermo dependerá de su madurez y estado psicológico; y por último el teólogo identificara el dolor y el deterioro físico derivados de la enfermedad como un acercamiento a dios.

Álvarez (2002), Calderón (1992), Perkins (Vega, 2000) y Roque (1995) coinciden en definir la salud como: un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo. En otras palabras, no es una pasiva interrelación entre las sustancias del organismo y los factores que pretenden romper la armonía, sino una respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan para establecer los ajustes que preservan la vida y procurando su adaptación dentro de un desarrollo dinámico en el que el hombre realiza todas sus potencialidades sin límite y dependiendo de las condiciones sociales, económicas y culturales de cada comunidad.

Por otra parte el concepto de salud que plantea Tapia (2005) es el de salud holística y es explicado mediante la homeostasia donde el ser humano continuamente trata de lograr un adecuado bienestar general por medio del equilibrio dinámico bio-psico-social donde; los factores que afectan la homeostasia se conocen como estresantes, cuando el organismo no puede contrarrestarlos, se altera esta y desencadena en una enfermedad. Este concepto reconoce la importancia de los componentes emocional, espiritual de la salud y su propósito principal es alcanzar óptima calidad de vida por medio de la práctica de comportamientos apropiados; estos pueden ser positivos o negativos de acuerdo con las decisiones que el individuo toma, donde existen dos tipos de

comportamientos uno de bienestar y otro de riesgo. Los comportamientos de bienestar o saludables son aquellas acciones que ayudan, de prevenir una enfermedad y los accidentes hasta promover la salud individual y familiar colectivamente para reparar el ambiente, que están orientados a mejorar la calidad de vida que se desarrollan mediante actitudes y aptitudes en el individuo. Por el contrario el comportamiento de riesgo permite definir acciones preventivas que hagan que los daños a la salud ocurran con menor frecuencia y se puedan controlar. Los comportamientos saludables están ligados a los estilos de vida, donde se definen como los patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo, grupo o a las diferentes clases sociales.

Por lo anteriormente citado y referido se puede decir a nuestro particular punto de vista que la salud es un completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad, de tal manera que el individuo interacciona con el ambiente, en el cual el individuo es el resultado de la relación entre los factores físicos, psicológicos, socioculturales y económicos, además de comportamientos de bienestar que ayuden a prevenir enfermedades, promover y promoviendo la salud individual y familiar, mejorando la calidad de vida de cada individuo-persona y a nivel colectivo-social. De igual manera coincidiendo con los autores mencionados se rescata la postura de Sánchez (2005) y Colomer (2000).

SALUD MENTAL

2.1 Definiciones, acepciones, concepciones sobre Salud Mental

Desde los albores de la historia, el hombre ha tenido que enfrentarse con diversos problemas de salud y de aquí derivados en salud mental; determinados unos por factores de tipo genético-bioquímico y otros de carácter socio-cultural. Sin embargo los problemas psicológicos y las precarias condiciones sociales que afectan a la humanidad en nuestros días son de tal manera diferentes que el individuo ha tenido que irse modificando bajo el efecto de los mismos, tratando de escapar, muchas veces sin éxito, de un torbellino que tiende a arrastrarlo hacia al abismo insondable del deterioro psicológico o trastorno/enfermedad mental.

Así las concepciones sobre la salud mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Presentan ambigüedad en la medida en que distan de ser universalmente aceptadas e incorporan en su definición aspectos valorativos. El concepto de salud mental varía según los autores y las distintas definiciones y modelos teóricos tanto psicológicos como sociológicos y médicos.

La salud mental de un país está vinculada a su salud general, ambas dependen de condiciones de la sociedad, tales como la estabilidad económica, la educación, la calidad de la convivencia social y la integración familiar, y también de determinantes más específicos, como el empleo, la habitación, la nutrición, etc. Si bien es cierto que conocemos solamente en forma fragmentaria las causas de algunos de los desordenes mentales más comunes, es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.

Para De la Fuente (1997) la salud mental tiene muchas facetas, sus raíces se hunden en la biología y sus ramas rebasan el campo propio de la medicina y se extienden en lo social en varias direcciones. Como la salud en general, la salud mental se funde en la trama general de la vida, de las poblaciones y depende de su cultura y de sus condiciones socioeconómicas. La pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social inciden negativamente en la salud mental, e imprimen su propia huella en los problemas universales y generan otros que son propios de nuestra sociedad.

Siguiendo esta misma línea, para Hombrados (1996) la definición de salud mental se amplía; aspectos como la educación, el desempleo, los problemas sociales y económicos forman parte de ella, cada uno de estos elementos afectan de forma distinta al bienestar y la calidad de vida. De esta forma la salud mental queda

definida como “el conjunto de conductas y recursos que deben estar disponibles a un sujeto y que le permiten contar con las alternativas necesarias para enfrentarse con los múltiples problemas de la vida” (p. 33). Los factores económicos, educativos y otras variables sociales tienen la misma relevancia en salud mental que otros factores psicológicos.

La salud mental no puede ser considerada como una condición estática, ya que está sujeta a variaciones e influencias de factores biológicos y sociales. Al igual que la enfermedad física, es una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente. El concepto de salud mental implica la capacidad del hombre para establecer relaciones armónicas con otros hombres, para participar y contribuir de manera constructiva en las modificaciones de su ambiente físico-social. El concepto ecológico de la enfermedad es igualmente aplicable a nivel mental. Tensiones emocionales crónicas como la ansiedad, el sentimiento de culpabilidad, el temor a las derivadas de la sexualidad y el amor, influyen y forman parte de la vida de todos los seres humanos, especialmente en las sociedades industrializadas donde el ritmo de vida es más acelerado y las relaciones entre sus miembros son más complicadas y competitivas. La manera como las personas reaccionan ante estas fuerzas emocionales dependen de su personalidad y madurez emocional, y esta a su vez depende de la constitución genética, así como de las experiencias de la infancia y juventud, principalmente las acumuladas durante los cinco primeros años de vida.

En el pasado se definió la salud mental como ausencia de enfermedad, en las últimas décadas, este concepto restringido ha sido sustituido por definiciones más amplias; de este modo para De la Fuente (1997) la salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. En otras palabras, el campo de la salud mental no se circunscribe a las enfermedades mentales incapacitantes, sino que en él se incluyen también alteraciones psicológicas, emocionales y conductuales que no encajan del todo en las categorías convencionales. Fenómenos tales como incremento de la violencia en sus diversas formas, el suicidio y el abuso de sustancias, incluido el alcohol causan graves daños a la sociedad y son objeto de gran preocupación para el Estado y la sociedad responsable.

Sánchez (1991) hace referencia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado salud (incluyendo la salud mental), no como un objetivo sino como un recurso para la vida diaria en el que se subrayarían, como concepto positivo, los recursos sociales y personales además de las capacidades físicas. Elementos básicos para ella serían la dotación económica (salario), la vivienda, la alimentación, pero también información y destrezas vitales; un entorno que apoye, proporcione oportunidades para elegir entre bienes, servicios e instalaciones, y condiciones en el entorno total (físico, social y cultural) que incrementen la salud. De

esta manera Roque (1995) rescata la definición que hace la OMS de la salud mental la cual, la percibe como: “el estado de bienestar emocional que surge de la adaptación del individuo a su realidad interna y externa, y que se manifiesta como la capacidad para establecer relaciones interpersonales estables y duraderas” (p. 12).

Así, la salud mental puede considerarse un fenómeno médico, psicológico o sociológico según los fines de la investigación científica pero la clasificación de estas tres categorías no significa que las tres concepciones estén totalmente separadas. Salazar (1999) explica que desde el punto de vista *médico*, la salud mental esta considerada dentro del concepto de sistemas; donde un individuo mentalmente sano es aquel cuyo sistema psíquico funciona satisfactoriamente, es decir, esto en funcionamiento adecuado del sistema en términos de balance homeostático; la salud mental según esta orientación constituye un continuo que va desde el extremo salud mental o equilibrio homeostático, hasta el extremo enfermedad que sería la desviación del sistema de funcionamiento estable. En *psicología* la salud mental ha estudiado la enfermedad mental con el fin de obtener datos que le permitan formular principios sobre el funcionamiento psicológico de los individuos a nivel comportamiento de la personalidad. Por último, como fenómeno *social* se basa principalmente en el estudio de la salud mediante criterios conductuales que evalúan la ejecución de roles, la respuesta ante las expectativas.

La federación mundial de la salud mental en Roque (1995) propone su definición de salud mental y la caracteriza como:

“un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes; es decir, la salud mental implica la capacidad del hombre para establecer relaciones armónicas con otros hombres, para participar y contribuir de manera constructiva en las modificaciones de su ambiente físico-social” (p. 14).

Cabildo (2002) refiere uno de los primeros conceptos de salud mental que se emitió en su segundo informe el comité de expertos de la OMS y dice: “la salud mental implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos” (p. 22). Otro de los conceptos de salud mental es el que señala E. Fromm (Cabildo, 2002, p. 22) y dice:

“la salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón.”

Para Fromm (1994) la idea de salud mental está orientada hacia la sociedad; el hombre es sano si puede cumplir las funciones que ésta le atribuye, si puede obrar de acuerdo con las necesidades de una sociedad

determinada, es decir, es la adaptación del hombre a la sociedad. En esta misma línea encontramos la empleada frecuentemente en psiquiatría, la salud mental consiste simplemente en la ausencia de enfermedad. Por su parte Freud (Fromm, 1994, p. 104), define la salud mental de dos maneras:

“primera, la salud mental se alcanza si se ha superado el complejo de Edipo; y segunda, si la libido ha atravesado las fases pregenitales y ha llegado a la fase genital. Está claro que se trata de un pensamiento evolucionista, basado en la idea de que el desarrollo empieza por el complejo de Edipo, necesario en las fases pregenitales, y el hombre mentalmente sano es el que termina satisfactoriamente esta evolución, el que atraviesa satisfactoriamente sus diversas formas”.

Por otro lado Fromm (2000, pp. 50-51) refiere que el desarrollo de la salud mental se presenta desde la temprana infancia en la relación madre-hijo y padre-hijo; en palabras del autor menciona

“en esa evolución de la relación centrada en la madre a la centrada en el padre, y su eventual síntesis, se encuentra la base de la salud mental y el logro de la madurez. El fracaso de dicho desarrollo constituye la causa básica de la neurosis.”

Y agrega “un examen más profundo puede mostrar que ciertos tipos de neurosis, las obsesivas, por ejemplo, se desarrollan especialmente sobre la base de un apego unilateral al padre, mientras que otras, como la histeria, el alcoholismo, la incapacidad de autoafirmarse y de enfrentar la vida en forma realista, las depresiones, son el resultado de una relación centrada en la madre”.

Por su parte Calderón (1992, p. 15) nos dice que:

“la salud mental es el marco en el que se estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, el funcionamiento de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino a la felicidad y lograr correctas relaciones interpersonales, que le permitan funcionar de manera adecuada como una de las piezas del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere, depende básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales, afectivas y conativas”.

Para Álvaro (1996) los conceptos de salud y de enfermedad mental son la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. La salud mental es, en parte, una construcción simbólica e históricamente determinada, ésta se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias. La primera, como ausencia de malestar. La segunda, como la manifestación de un bienestar subjetivo. La tercera, como la manifestación de una buena calidad de vida, y, finalmente, como la presencia de un conjunto de atributos individuales positivos.

La salud mental como ausencia de síntomas.

Los criterios utilizados en psiquiatría para el diagnóstico del deterioro en salud mental están basados en el DSM IV, donde se evalúan la presencia relativa de síntomas, el funcionamiento no integrado y la duración de los síntomas.

La salud mental como bienestar físico y emocional

Esta forma de concebir la salud mental se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. En la investigación psicosocial, cuando se estudia el bienestar subjetivo de la población, se toma como criterio la intensidad y frecuencia de los estados afectivos y, en particular, el equilibrio entre afectividad negativa y positiva.

La salud mental como calidad de vida

La calidad de vida es un concepto difuso que se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incorporándose en la definición aspectos sociales, físicos y psicológicos. Las dimensiones de la calidad de vida incluyen la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general. Operacionalmente, se incluyen preguntas de satisfacción global con la vida, así como la satisfacción con dominios específicos de ésta, como la vivienda, el ocio y el tiempo libre, el medio ambiente, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, etc. La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales de la salud mental, desde la perspectiva de la calidad de vida.

La salud mental como presencia de atributos individuales positivos

Los criterios clásicos de salud mental planteados por Jahoda (Álvaro, 1996; Lluch, 2002; Y Sánchez, 1991) tratan de describir e identificar los componentes de salud mental. Según esta psicóloga social existen diferentes formas de concebir la salud mental: dominio del ambiente; autorrealización; autoestima; integración del yo; autonomía; y adecuada percepción de la realidad. Jahoda considera la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la resolución de conflictos, entre otros. Mas adelante se describen los atributos de una salud mental positiva según esta autora.

Para Sánchez (2005, p. 178): “La salud mental tiene que ver con el desarrollo de personalidades emocionalmente maduras, que contribuye a una vida más satisfactoria eficaz y libre de inhibiciones”. Y retoma la definición de Cabildo que la expresa como

“el estado de bienestar emocional, producto del ajuste del individuo o su realidad interna y externa, y que se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad, adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social una satisfacción plena de la unión conyugal con personas del sexo contrario”.

Matraj (1984) menciona que el concepto de salud mental está ligado también a las potencialidades del sujeto; es decir, un sujeto es sano en la medida que desarrolle plenamente sus actividades (capacidad de conocerse y conocer el medio que le rodea, de criticar y autocriticar, de pensar, de sentir y expresar su sentimiento y pensamiento en un marco de respeto y crítica, la capacidad de gozar y la capacidad de crear). En otras palabras es la plena capacidad de producir, de amar, de gozar, de comunicarse, de crear de imaginar, de cuestionar, de autocriticarse y de impulsar cambios transformadores en el mundo circundante. La salud mental es una integración dialéctica al entorno dinámico. Es un transformar y transformarse, produciendo ordenes de fenómenos y ritmos totalmente novedosos en la historia de la naturaleza.

2.2 Criterios y modelos en Salud Mental

Existen diversas formulaciones con respecto a un concepto unificador sobre salud mental, sin embargo casi todos se parecen entre si y se refieren a lo mismo, pero cada autor particulariza o se caracteriza por diferentes determinantes que lo hacen sustancial. Por consiguiente se describirán las citadas por diversos autores que concretan en una serie de rasgos, criterios, atributos y características en salud mental o bienestar psicológico, en las cuales todos se vinculan y cada uno de los factores está correlacionado integralmente con los demás, de tal manera que el avance en uno de los rasgos conlleva necesariamente adelantos en otros aspectos y viceversa.

2.3 Criterios de Roque

Roque (1995) presenta criterios que constituyen un óptimo estado de salud mental, entre los cuales encontramos: gran resistencia a la tensión emocional y a la frustración; autonomía intelectual, económica y la referida a los hábitos personales de higiene y cuidado personal general; percepción correcta de la realidad; percepción correcta y coherente de sí mismo; competencia y ajuste a las demandas del medio; relaciones interpersonales positivas; actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás.

2.4 Criterios de Peck y Mitchell

Por su parte, Peck y Mitchell (1970) definen la salud mental como un conjunto de características positivas señaladas por muchos expertos; entre las cuales encontramos: Juicio objetivo; Autonomía; Madurez emotiva; Fuerza de autorrealización; Autovaloración y Respeto por los demás; a continuación se describen.

- Juicio objetivo: Capacidad para observar toda clase de hechos equilibrada y exactamente sin pasar por alto unos ni exagerar otros
- Autonomía: Capacidad para manejar los sucesos cotidianos con independencia y autodeterminación

- Madurez emotiva: Capacidad para reaccionar frente a los hechos de manera emotiva y adecuada, tanto por su tipo como por su grado, a la naturaleza objetiva de la situación
- Fuerza de autorrealización: Hábito de trabajar tenazmente y de buen grado con toda dedicación
- Autovaloración: Actitud positiva de valoración hacia el propio yo
- Respeto por los demás: Actitud positiva de aceptación hacia otras personas

2.5 Modelos o concepciones de Sánchez

Sánchez (1991), hace una revisión teórica con relación a los modelos o concepciones básicas en salud mental y nos presenta los siguientes: Ausencia de enfermedad; normalidad estadística; normalidad social, proceso; e ideal positivo o utópico.

- Ausencia de enfermedad: Este concepto negativo de salud corresponde con el del modelo médico cubriendo sólo la zona negativa del espectro que iría desde la patología o trastorno más severo hasta el punto cero de ausencia de síntomas.
- Normalidad estadística: Allport distinguió entre normalidad estadística y social. La salud mental desde este enfoque vendría a coincidir con el promedio estadístico del atributo en cuestión asumiendo que éste se distribuye según una curva normal. La patología o falta de salud vendría dada por la desviación respecto de ese valor promedio, dependiendo de la sociedad o la época.
- Normalidad social: Aunque la norma social juega con frecuencia un papel como marco de referencia en el que los comportamientos y desarrollos sociales se dan, identificar salud con aceptación de las normas y valores sociales y patología o anormalidad con la desviación o disconformidad con éstos, significa confundir la salud con la conformidad social y la interacción individuo - sociedad. Y coloca al profesional de salud mental en el papel de agente de control social.

El comportamiento anormal es el que se desvía de la norma, es decir, de la tendencia central de una población, de un comportamiento general de los hombres de un grupo; lo normal, al contrario, es lo que prevalece en un momento dado, el comportamiento más común, el más usual es el que alcanza los más altos porcentajes de presencia (Bastide, 1983).

- Salud como proceso: la salud mental es aquí concebida no como una forma de conducta, estado o estructura psicológica estática, sino como un proceso dinámico que se desarrolla evolutivamente (física y psicológicamente), o en relación interactiva con el entorno. En una primera perspectiva, la evolutiva, la salud psicológica sería el resultado final de un proceso vital en el que cada etapa se deriva secuencialmente de las previas (concepto psicoanalítico, piagetiano o de Erik Erikson).

En la segunda perspectiva, la ecológica, la salud resultaría de los ajustes e interacciones mutuos del individuo y el contexto de sistemas sociales en que está inmerso. En este sentido la salud psicológica o

mental no podrían darse o definirse en el individuo sino por referencia a su entorno total (económico, físico, social y cultural) siendo por tanto un atributo o resultado, no del individuo mismo, sino de su interacción con el campo total de fuerzas y relaciones en que se mueve.

- Utopía o estado ideal: En esta perspectiva, la salud cubre la parte positiva del espectro que va desde cero o ausencia de trastorno hasta un polo ideal como tal, pero perseguible como objetivo que corresponde a un funcionamiento óptimo de la persona. Esta concepción está asociada con las formulaciones de la corriente psicológica humanista sobre potencial de crecimiento (Rogers), actualización (o autorrealización de Maslow), o personalidad madura (Allport), como metas del proceso terapéutico o del desarrollo personal.

2.6 Criterios de salud mental positiva de Jahoda.

Jahoda (Álvaro 1996; Lluch, 2002; Y Sánchez, 1991) revisó y sintetizó el pensamiento, conceptos y criterios sobre la naturaleza, componentes y características de salud mental. Describió las condiciones que habría de reunir una tal formulación obteniendo seis grupos de enfoques o criterios de salud mental positiva. Los *criterios* y formulaciones recurrentes en el tema de salud mental positiva encuestados por Jahoda se agrupan en seis enfoques que a continuación se muestran:

- Actitudes hacia sí mismo: accesibilidad del yo a la conciencia; concordancia yo real - yo ideal; autoestima y sentido de identidad
- Crecimiento y autoactualización: motivación por la vida e implicación en la vida
- Integración: resistencia al estrés
- Autonomía: conducta independiente
- Percepción de la realidad: percepción objetiva y empatía o sensibilidad social
- Dominio del entorno: satisfacción sexual; adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre; adecuación en las relaciones interpersonales; habilidad para satisfacer las demandas del entorno; adaptación y ajuste y resolución de problemas

1. Actitudes positivas hacia sí mismo (self), como autoaceptación y confianza en sí mismo y en la propia capacidad de manejarse por sí mismo, independientemente de los demás. Cuatro componentes o dimensiones son propuestos como expresión de esas actitudes: a) accesibilidad de uno mismo a la conciencia; b) objetividad y corrección del concepto de sí mismo (o tendencia a la concordancia del yo ideal y el yo real); c) sentimientos positivos (de aceptación) hacia uno mismo, y d) sentido integrado de identidad (a alcanzar en la etapa adulta) – frente a la difusión de sí mismo en el entorno- que incluiría cierta mismidad y continuidad interna identificables con un sí mismo continuo y estable a pesar de las alteraciones del entorno.

2. Crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo. Comprendería tres dimensiones: a) buen autoconcepto; b) un proceso motivacional de la persona más allá de la mera subsistencia existencial hacia fines, propósitos,

valores e intereses vitales más altos y positivos; según este proceso, la persona hace un uso de su capacidad potencial, teniendo una orientación hacia el futuro y no hacia el pasado. c) inversión en la vida (entendida como resultado y no como proceso motivacional) con la capacidad de extenderse positivamente hacia los demás o hacia el trabajo, ideales, metas o estándares morales.

Atributos de la persona autorrealizada o madura serían un alto grado de diferenciación o desarrollo (en relación a su equipamiento constituyente) y la capacidad de comportarse de un modo eficiente, focalizado y guiado por fines preestablecidos.

3. Integración del sí mismo o la personalidad: a) grado en que las fuerzas, tendencias o instancias psicológicas están equilibradas (o se alcanza su síntesis significativa y funcionalmente eficiente) en el conjunto de procesos e interacciones vitales, incluyendo la flexibilidad (frente a la rigidez) en la interrelación de esas fuerzas o tendencias en el individuo adulto. También podrían añadirse dos puntos más: b) existencia de una actitud o perspectiva vital unificada e integrada basada en ideales religiosos, estéticos u otros, que proporcionan coherencia objetiva y significado subjetivo al conjunto de actividades vitales de la persona; y c) resistencia o tolerancia frente al estrés, la ansiedad y la frustración, sin resultar en desequilibrios internos significativos o en el riesgo de desintegración del self.

4. Autonomía o autodeterminación, como proceso y como resultado comportamental. a) como proceso nos estamos refiriendo a la capacidad de autorregulación y de tomar decisiones de acuerdo a normas, valores y principios internalizados. b) como resultado, la autonomía se centra en el mantenimiento de un comportamiento autónomo, estable y relativamente independiente de las demandas, presiones y estrés del entorno medio ambiental.

En este componente, como en otros, la salud mental ideal designa un grado óptimo –en el que se mantiene un equilibrio razonable entre autorregulación y demandas del entorno- y no uno máximo –independencia y autonomía totales frente a ese entorno y sus fluctuaciones-.

5. Percepción correcta de la realidad. Se incluyen aquí dos procesos básicos:

a) percepción razonablemente objetiva del entorno y de sí mismo, aunque ésta va ya implicada en el criterio número uno de acuerdo a estándares establecidos o consensuados y con independencia razonable de la distorsión perceptual causada por las propias necesidades. No se quiere decir que la influencia de esas necesidades sea nefasta, carezca de función o haya de ser eliminada, sino que debe de existir un sistema autónomo y eficiente de autoevaluación para comprobar la correspondencia o discrepancia entre deseos propios y realidad externa.

b) también se incluye en este criterio –asumiendo la percepción como fenómeno social no puramente biofísico- la capacidad de experimentar (y usar efectivamente) la empatía y sensibilidad social hacia los demás y el respeto por sus sentimientos, ideas y valores. Se asume igualmente que una percepción correcta y no distorsionada de la realidad permite una interacción realista y eficiente con el entorno, en tanto que una percepción incorrecta o distorsionada ocasionaría una interacción egocéntrica e ineficiente con el medio externo.

6. Dominio y control del entorno, como proceso y como resultado de ese proceso. Se incluyen aquí seis áreas o cualidades complementarias y en parte muy relacionadas entre sí:

a) capacidad de amar y de experimentar placer sexual; b) adecuación en el amor, el trabajo y el juego como actividades básicas y complementarias de relación de la persona con su entorno; c) adecuación en las relaciones interpersonales o afectivas significativas y positivas y capacidad de experimentar comunidad con otros (frente a la alienación respecto de ellos); d) eficiencia para satisfacer demandas y requerimientos razonables del entorno, sin dañar a otros o violar el resto de criterios (lo que puede suceder frente a situaciones o demandas extremas); e) adaptación al entorno y a sus modificaciones, implicando tanto la posibilidad de modificarse a uno mismo, como de modificar el entorno, y yendo más allá del puro ajuste o acomodación conformista del sujeto al entorno; y f) capacidad de solución de problemas (como proceso y como resultado).

2.7 Modelo de Gordon Allport

Las ideas de Allport (Sánchez, 1991) sobre la “*personalidad madura*” (o saludable) reflejan apropiadamente el pensamiento humanista en este terreno. Las seis cualidades básicas de esa personalidad madura (muy relacionadas con las mencionadas por otros autores de la misma tendencia como Rogers o Maslow), son las siguientes:

- Extensión del sentido de sí mismo (*self*) con participación en empresas humanas que rebasan el mero interés personal
- Existencia de relaciones cálidas o afectuosas con otras personas, lo que incluye la capacidad de tener intimidad, respeto y compasión por ellas
- Seguridad emocional y autoaceptación
- Percepción realista; destreza y capacidad de realización de tareas y de conducta focalizada, con plena involucración personal en esas tareas
- Auto-objetivación (capacidad de percepción objetiva y distanciamiento de sí mismo), intuición y capacidad de comprensión (*insight*) y humor
- Una “filosofía” vital unitaria que incluya, no sólo un conjunto coherente de ideas y creencias, sino también un sentido de dirección y de posesión de metas u objetivos vitales

2.8 Modelo de salud mental general de Warr.

Álvaro (1996) refiere el modelo de salud mental general que Warr ofrece, donde ésta se compone de cinco elementos como son: a) bienestar afectivo (emocional); b) la competencia personal; c) la autonomía; d) la aspiración y e) el funcionamiento integrado. Las personas que muestran un deterioro en su bienestar psicológico muestran déficit en cada una de estas dimensiones de salud mental. De este modo Warr presenta la salud mental

como el resultado de las interacciones entre las características del medio, los procesos a los que dan lugar dichas características y ciertos atributos estables de la personalidad. Las características del medio determinantes para la salud mental y que pueden ser vistos como las bases para el bienestar psicológico son: 1) oportunidad para ejercer control sobre el medio; 2) oportunidad para la utilización y el desarrollo de los conocimientos y capacidades personales; 3) existencia de objetivos generados en el medio; 4) variedad; 5) claridad ambiental; 6) disponibilidad económica; 7) seguridad física; 8) oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales; y 9) posición social valorada; a continuación se describen:

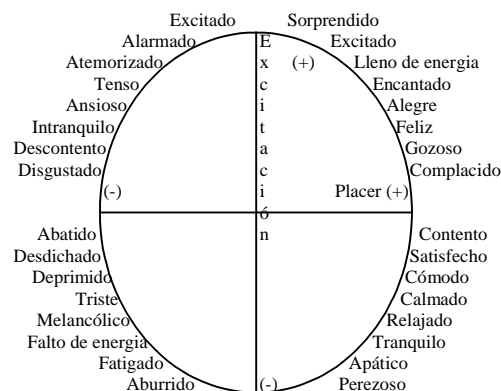
1. Oportunidad de control. El primer determinante se refiere a las oportunidades que el ambiente le da a una persona de controlar actividades y eventos. La salud mental, según Warr, es mejorada por ambientes que promueven el control personal. Dicho control tiene dos elementos principales; la oportunidad de decidir y actuar en el sentido que se ha elegido, y la probabilidad de predecir las consecuencias de los propios actos. La ausencia del segundo elemento, produce una forma específica de descontrol, cuando una persona tiene la libertad de decidir y actuar pero no puede predecir los resultados; el no conocer las consecuencias del comportamiento lleva a no poder controlar lo que pasará.
2. Oportunidad para utilizar habilidades. Este segundo aspecto se refiere al grado en el que el ambiente inhibe o fomenta la utilización y desarrollo de habilidades. Las restricciones en el uso de habilidades pueden ser de dos formas: la primera se refiere a no usar habilidades que la gente ya posee, permitiendo solamente comportamientos rutinarios. El segundo tipo de restricción se refiere al no adquirir nuevas habilidades, requiriendo que la persona se mantenga en bajos niveles de desempeño a pesar de su potencial para desempeñar actividades más complejas.
3. Metas generadas externamente. Este aspecto se refiere a la presencia de metas y retos generados por el ambiente. Un ambiente que no genera demandas para una persona no fomenta el logro de actividades. Contrariamente, se presume que un ambiente que fomenta el establecimiento y seguimiento de metas lleva a actividades que, tanto intrínsecamente como a través de sus resultados, tiene un impacto positivo en la salud mental.
4. Variedad ambiental. Algunos ambientes generan metas y actividades asociadas con estas, dichas actividades pueden ser repetitivas y sin variación. Las actividades repetitivas no contribuyen a la salud mental como lo hacen aquellas que se asocian con diversidad, ya que estas últimas introducen novedad y rompen con la rutina.
5. Claridad de ambiente. Se refiere al grado en el que el ambiente de una persona es explícito. La claridad incluye dos componentes: el primero es la retroalimentación acerca de las consecuencias de las propias acciones, el segundo componente se refiere a la claridad en los requerimientos y expectativas acerca del propio rol y el grado en el que las normas de comportamiento son explícitas y aceptadas dentro del medio.

6. Disponibilidad del dinero. Aun cuando la presencia del dinero no mejora la salud mental, la ausencia de éste frecuentemente produce serios problemas psicológicos. La pobreza reduce la oportunidad de control en la vida personal, dicho control fue mencionado anteriormente como determinante de salud mental.
7. Seguridad física. Una persona requiere que su medio le brinde protección contra daños físicos y le provea adecuadamente de alimento, residencia, así como que sea lo suficientemente constante como para que pueda esperar su presencia continuada.
8. Oportunidad de contacto interpersonal. Los medios difieren en la oportunidad que brindan para establecer contacto con otra persona. El contacto interpersonal provee de apoyo social, el cual contribuye a la resolución de problemas a través de consejos y la ayuda que se brinda. Adicionalmente, algunas metas solo pueden ser logradas a través de los esfuerzos interdependientes de varias personas.
9. Posición social valorada. Se refiere a la posición, que dentro de una estructura social, recibe cierta estima de otros. La estima es generada primordialmente, a través del valor acompañante a actividades inherentes a un rol. El rol de un miembro brinda también, evidencia de que la persona tiene ciertas habilidades y por lo tanto, encuentra ciertas actividades sociales seguras. Existe frecuentemente un acuerdo generalizado respecto al nivel de estima que se deriva de cierta posición.

Además de los nueve factores del medio que inciden en la salud mental, Warr consideró que dicha salud mental tiene cinco componentes primordiales (Muchinsky, 1994):

- a. Bienestar afectivo. Warr explicó que este componente tiene dos dimensiones: placer y excitación. Un particular nivel de placer puede estar acompañado por altos o bajos niveles de excitación. El sentimiento de bienestar afectivo deriva de ambas dimensiones. Por ejemplo, los sentimientos de depresión están caracterizados por bajos niveles en ambas dimensiones y los sentimientos de ansiedad pueden describirse como bajos en la dimensión de placer pero altos en la dimensión de excitación. Warr propone un modelo en el que se incluye ambas dimensiones; postula que el estado de bienestar afectivo de una persona dependerá de la proporción de tiempo que pase en cada una de las cuatro secciones de la Figura modelo 1.

Figura modelo 1: Modelo bidimensional de bienestar afectivo (Álvaro, 1996; Ayala, 2002; y Muchinsky, 1994)



- b.** Capacidad. La buena salud mental, es vista parcialmente en términos del grado de éxito o aptitud en diferentes esferas de actividad, como son relaciones interpersonales y resolución de problemas entre otras. Una persona competente tiene adecuados recursos psicológicos para lidiar con las presiones de su vida; una respuesta exitosa ante las presiones requiere que se tengan apropiadas habilidades cognitivas así como creencias y opiniones que sean consistentes con la realidad.
- c.** Autonomía. Se refiere a la habilidad de la persona para resistirse a influencias de su ambiente y determinar sus propias opiniones y acciones. La tendencia a luchar por independencia y autorregulación es característica fundamental de una persona sana mentalmente. La autonomía es la tendencia a sentir y actuar bajo la creencia de que uno es influyente más que inútil ante las dificultades de la vida. La contribución de autonomía a la salud mental parece tener más importancia en sociedades occidentales que en orientales (Muchinsky, 1994).
- d.** Aspiración. La persona sana mentalmente es vista como alguien que se ocupa y compromete con su medio, establece metas y realiza esfuerzos por obtenerlas. Un alto nivel de aspiración se refleja en una alta motivación, alertabilidad ante nuevas oportunidades y compromiso para encontrar nuevos desafíos. Contrariamente, bajos niveles de aspiración resultan en bajos niveles de actividad y aceptación de la situación actual sin importar que tan insatisfactoria pueda ser. La importancia de un alto nivel de aspiración para la salud mental es particularmente claro en circunstancias adversas para el individuo, donde el deseo por el cambio es visto como parte central de una respuesta saludable.
- e.** Funcionamiento integral. Según Warr, este componente de la salud mental es el más difícil de definir, ya que refiere a la persona como un todo. La persona saludable psicológicamente exhibe balance, equilibrio. Sugiere que la persona saludable es quien puede equilibrar la importancia entre trabajo y afectividad. Este componente tiene que ver con las interrelaciones que se dan entre los cuatro componentes anteriores.

Los cinco componentes de salud mental que sugiere Warr, representan aspectos del comportamiento de una persona en relación con el medio y frecuentemente pueden determinar el bienestar afectivo de la persona. La ineficacia para enfrentar dificultades (una forma de baja capacidad) puede resultar en altos niveles de distres (un aspecto de bajo bienestar afectivo).

El alto afecto negativo está asociado al estrés, a quejas somáticas, a la ansiedad-rasgo y al neuroticismo. El bajo afecto positivo está asociado a los sucesos de pérdida, a la depresión y a la introversión. La afectividad positiva esta asociada a medidas de motivación de logro y de denominación social, a indicadores de conducta social, incluyendo la frecuencia de contactos, la satisfacción con amigos y relaciones, la implicación en

organizaciones, el conocimiento de nuevas relaciones. El estado de ánimo negativo está asociado a medidas de alienación y reactividad al estrés que, a su vez, no están asociadas al estado de ánimo positivo. En otros términos, el alto afecto negativo está asociado a la presencia de sucesos negativos mientras que el bajo afecto positivo está asociado a la ausencia o pérdida de refuerzos positivos. El alto afecto positivo está asociado a un número mayor y más diverso de hechos sociales, mientras que el alto afecto negativo esta correlacionado a un rango más limitado de sucesos (Álvaro, 1992).

Entre las características personales que afectan a la salud mental, Warr incluye los componentes de salud psicológica ya mencionados, así también variables de carácter sociodemográfico como la edad, el género y el estatus socioeconómico, valores personales, habilidades intelectuales, psicomotoras y sociales. En resumen, el modelo presentado por Warr está centrado en el estudio de los determinantes del medio social sobre la salud mental.

2.9 Modelo de situación postulado por Kornhauser en 1965.

Kornhauser (Vroom, 1979), propuso que la salud mental es el producto de combinaciones de influencias muy complejas, variadas y cambiantes, que dependen de los valores en rigor en ese momento y las esperanzas que surjan, así como de las condiciones prevalecientes de satisfacción y privación. Las actitudes, sentimientos y comportamientos que indican una mejor salud mental o una más pobre son reacciones de una persona ante la situación de toda su vida; su relación con el mundo le permite o no mantener una fe realista, positiva y satisfactoria en sí mismo y en sus actividades.

Kornhauser combinó seis índices para suministrar una medida general de salud mental:

1. Ansiedad manifiesta y tensión emocional.
2. Autoestimación favorable en contraposición a sentimientos negativos.
3. Hostilidad, en contraposición con la confianza y aceptación de la gente.
4. Sociabilidad y amistad en contraposición con el aislamiento.
5. Satisfacción general con la vida.
6. Moral personal en contraposición con la anomia, la alienación social y la desesperación.

Consideró a cada uno como un indicador parcial de salud mental y que tomados en conjunto representan la definición operacional de salud mental. Así mismo, Kornhauser indicó que las condiciones de trabajo hacen que las necesidades y esperanzas de la clase trabajadora produzcan satisfacciones y frustraciones, las que a su vez, originan percepciones favorables o desfavorables del propio valor, de las oportunidades para el autodesarrollo y para la satisfacción de las necesidades.

2.10 Modelo de la indefensión, atribución de causalidad y depresión postulado por Seligman en 1975.

De acuerdo con este modelo cuando no hay contingencia entre una conducta y su refuerzo se produce un aprendizaje que tendrá diversos efectos; en lo conductual se tenderá a disminuir el número de conductas encaminadas a la obtención de los resultados esperados, en lo cognitivo se creará que dicho resultado es independiente de la conducta y en el plano emocional tendrá lugar un proceso depresivo (Álvaro, 1996).

De esta manera Seligman, Abramson y Teasdale (Álvaro, 1996) sugieren que existen diferencias individuales en los estilos atributivos, de manera que podemos indicar que hay personas con estilos atribucionales depresivos caracterizados por la tendencia a atribuir a eventos aversivos e incontrolables a factores internos, estables y globales, es decir, lo que se denomina como estilo atributivo pesimista de causalidad.

Se ha encontrado que los sujetos no depresivos muestran en sus atribuciones un sesgo que consiste en atribuir eventos negativos a factores externos, inestables y específicos; y eventos positivos a factores internos, estables y globales. De acuerdo a este modelo la salud mental estaría determinada por el tipo de atribuciones que realice el individuo.

2.11 Modelo de la causación social postulado por Mirowsky y Ross en 1989.

Según este modelo el deterioro en la salud mental se manifiesta como un estado subjetivo de malestar caracterizado por la depresión y la ansiedad y sus correlatos fisiológicos y emocionales (Figura modelo 2)

Figura modelo 2: Ejemplos de correlatos fisiológicos y emocionales (Álvaro, 1996)

	DEPRESIÓN	ANSIEDAD
ESTADO DE ANIMO	Decaimiento, tristeza, soledad, sentimientos de fracaso, sensación de que nada funciona, preocupación por cosas que normalmente no preocupan, deseos de morir.	Ansiedad, Irritabilidad, Temor, tensión, Preocupación
MALESTAR	Inapetencia, problemas para concentrarse, dificultades para recordar, insomnio, cansancio, debilidad, retraimiento.	Taquicardia, Respiración entrecortada, desmayos, mareos, escalofríos, temblor de manos, acaloramiento.

El modelo pretende establecer un vínculo entre las condiciones sociales objetivas en que viven las personas y su salud mental.

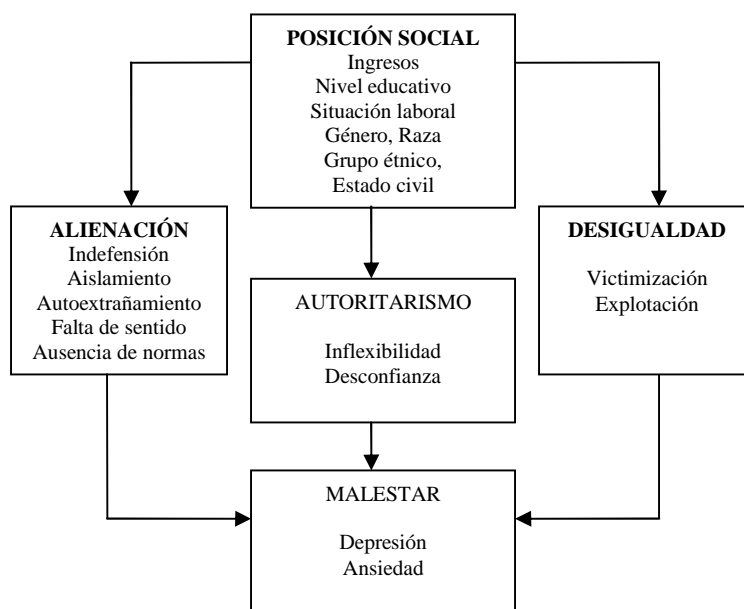
Las diferencias en posición social establecen, según estos autores, diferencias en alienación, autoritarismo y desigualdad que explican, las diferencias observadas en depresión y ansiedad. La falta de control personal o instrumentalismo y de flexibilidad cognitiva hace que las personas más desfavorecidas socialmente no posean los recursos instrumentales, motivacionales y cognitivos necesarios para afrontar con éxito acontecimientos estresantes.

Según este modelo sin la habilidad o el deseo de enfrentarse con las fuentes de estrés presentes en los niveles más bajos de la jerarquía social, los problemas no resueltos derivados de una situación de pobreza y bajo nivel educativo se acumulan. Esta combinación de mayores problemas y menores recursos para enfrentarse a ellos incrementa el deterioro psicológico de las personas más desfavorecidas (Álvaro, 1992).

De acuerdo con Mirovsky y Ross, la ansiedad, la depresión y el malestar psicossomático están asociados al déficit en la capacidad para relacionarse positivamente con otros o déficit de apoyo social, ya sea a la incapacidad de controlar su medio o a la anomia o falta de sentido o propósito en la existencia. La presencia de sucesos vitales estresantes, imprevisibles, incontrolables e indeseables también ayuda al déficit de control y a la pérdida de sentido. Todos esos factores se han encontrado asociados al malestar psicológico.

Este enfoque no está orientado al diagnóstico, sino que pretende explicar las diferencias en salud mental en diferentes grupos sociales. El modelo de ambos autores se resume en la figura modelo 3.

Figura modelo 3: Modelo de causación social (Álvaro, 1996; y Ayala, 2002)



Por consiguiente las características del concepto de salud mental unificando a los diversos autores con enfoques: médico, psicológico y sociológico serían las siguientes:

- Ser un atributo personal o individual, no social o grupal.
- Habría que distinguir entre salud mental como un atributo estable y duradero, función de la personalidad, y comportamientos o conductas saludables que dependerían de la situación inmediata.
- Las normas y estándares de comportamiento saludable –o normal- varían con el lugar, tiempo, cultura y expectativas del grupo social. No existen normas objetivas, fijas e independientes de la valoración social en una cultura, grupo y momentos dados.
- La salud mental no es una meta o bien en sí mismo, sino uno de los diversos valores que los seres humanos tienen y desarrollan a lo largo de la vida. No existe ningún concepto comprensivo, totalmente aceptable de salud o enfermedad mental (como tampoco los hay de enfermedad física). Hay por lo tanto que considerar conceptos múltiples, incluyendo grupos de criterios relevantes para cada concepto en el grupo cultural de referencia.
- Cada criterio debe ser considerado como un continuo con dos extremos, uno positivo u óptimo (no máximo), de salud mental y otro negativo, de trastorno mental. En cada persona pueden existir tendencias no saludables dentro de una estructura general saludable.

Todos estos elementos forman parte importante de la definición sobre salud mental, en mayor o menor medida. Sin embargo, la relación entre ellos pone de manifiesto que el concepto de salud, a pesar de su empleo cotidiano y de ser un punto de referencia común y necesario en todos los sistemas de organización sanitaria, sólo proporciona elementos de orientación sin lograr concretar una definición universal, aunque deberá cubrir de manera progresiva el campo de la salud en cuanto al mejoramiento de hábitos de vida, optimización de los recursos personales, prevención de trastornos y detección temprana de los mismos.

Donde la prevención del deterioro psicológico es el eje central de la salud mental/psíquica en psicología.

SALUD PÚBLICA

Los orígenes de la salud pública, tienen lugar en la mitad del siglo XVIII donde ocurrieron los cambios históricos en los que se sustenta el mundo moderno, durante ese tiempo hubo cambios epidemiológicos caracterizado por el incremento de enfermedades infectocontagiosas, que repercutieron en la salud colectiva. La aparición de problemas de salud vinculados con las transformaciones colectivas generadas por la revolución industrial y el conocimiento gradual de los cambios positivos científicos; los cambios resultantes fueron la base para que luego emergiera el pico del “iceberg” que identifica la salud pública actual específicamente su nacimiento entre el lapso comprendido de 1848-1914 tuvieron trascendencia importante en esta disciplina.

El contexto histórico que señala Vega (2000) en el que surge la salud pública y se consolida en la ilustración con el movimiento social que culminó en Francia con la Declaración de los derechos humanos y en América con el surgimiento de una nueva nación Estados Unidos de América. En el año de 1834 fue crucial para la salud pública, en este escenario histórico y agitación social y el descontento como el hambre, las epidemias y problemas de salud severos. La creación en Inglaterra del Consejo General de Salud Pública y la aprobación en 1875 de decreto para la salud pública, fueron sucesos que tuvieron mayor trascendencia para la consolidación de la salud pública. En México la salud pública tiene como antecedente el protomedicato, que funciona durante la colonia y el Consejo General de Salubridad, que fue creado en la época independiente, la definición de esta estructura de salud empezó a definirse a principios del siglo pasado.

La salud pública como su nombre lo indica, se refiere a la salud de la colectividad. Aquí el interés se centra en la salud de la población, no en la del individuo en lo particular. La salud pública tiene por objetivo general lograr el más alto nivel de salud en la población, y comprende un conjunto de ciencias y habilidades para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la colectividad, mediante su participación activa y organizada.

Para López (1993) y Díaz (1999) como campo multidisciplinario de investigación, la salud pública puede definirse como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y administrativas al estudio de los fenómenos de salud íntegros, con una base bien definida de población. En este sentido, la esencia de la salud pública es la salud del público.

Por su parte René Dubos (San Martín, 1989, p. 5) escribe que

“la función de la salud pública y de la medicina es la de prevenir o corregir, en lo posible, los accidentes y el mal funcionamiento del cuerpo y del espíritu que interfieren en las actividades humanas y que acortan la vida y la hacen menos agradable”.

Por consiguiente se han expresado muchas definiciones de salud pública, la más completa, sin duda, es la de Winslow citado en Álvarez (2002); López (1993); y Sánchez (2005) que dice:

La salud pública es el conjunto de ciencias y artes encaminados a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad.

Las funciones de la salud pública y las áreas en donde están sus acciones son las siguientes.

- El saneamiento del medio trata de asegurar las mejores condiciones del ambiente para la protección de la salud, el abastecimiento del agua, el control de la calidad de los alimentos y el cuidado de los desechos, así como los trastornos ocasionados por la contaminación ambiental. La importancia del saneamiento del medio radica en los trastornos y enfermedades ocasionadas en condiciones sanitarias inadecuadas del ambiente.
- El control de los padecimientos transmisibles esto es en el control de los padecimientos de evolución prolongada o crónico-degenerativos, problema que se presenta actualmente en todo el mundo.
- La educación de los individuos en higiene personal, la educación para la salud promueve medidas de higiene personal y el conocimiento de todos los factores que influyen en la salud, para su aplicación en beneficio de la misma.

Otra definición planteada por J. H. Hanlon (Álvarez, 2002) elabora un amplio concepto de esta disciplina y desglosa e incluye lineamientos diferentes. La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en el tiempo y lugar determinados, busca este propósito el efectivo y total desarrollo y vida del individuo y de su sociedad.

- Control de la contaminación ambiental, que esta ocasiona padecimientos respiratorios, digestivos y intoxicaciones con medidas eficaces para la protección de la población.
- Control de padecimientos transmisibles, esta es una actividad prioritaria en la salud pública ya que es una de las diez primeras causas de muerte en vías de desarrollo, seis son por enfermedades transmisibles.
- Trastornos de conducta, alcoholismo y toxicomanía ciertos aspectos de delincuencia y suicidio, que han aumentado en todas las clases sociales.
- Enfermedades mentales, que no han sido tocadas de manera suficiente en el ámbito preventivo.
- Padecimientos cardiacos y cerebro-vasculares, la morbilidad y la mortalidad para estos padecimientos han incrementado también.
- Las enfermedades ocupacionales, el desarrollo industrial y la vida moderna han ocasionado este tipo de padecimientos, es importante motivar la protección de la salud.

En estas definiciones los autores hacen énfasis en que las metas de prevenir la enfermedad, fomentar la salud y prolongar la vida sólo son alcanzables mediante el esfuerzo organizado de la comunidad. San Martín (1989) parafrasea la definición de Winslow donde dice que la salud pública implica la intervención técnica planificada sobre el medio global y sobre la población, teniendo como principio específico la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, los cuidados curativos, la readaptación del enfermo, la educación para la salud.

Según la OMS (1973) se usa el concepto de salud pública en el sentido más amplio para tratar de los problemas concernientes a la salud o enfermedad de una población, el estado sanitario de la comunidad, los servicios medico-sanitarios y socio-sanitarios, la planificación y administración y gestión de los servicios de salud, incluyendo los cuidados sanitarios.

Otra definición importante de la salud pública es la que hace San Martín (1989) en la cual explica que la salud pública se ha convertido históricamente en una disciplina autónoma que se ocupa de la salud global y de la enfermedad de todas las poblaciones bajo todos sus aspectos y la promoción como la protección de la salud, del tratamiento y readaptación de los enfermos, de la educación sanitaria y la investigación sobre las innovaciones médicas. De esta forma la salud pública es una disciplina interdisciplinaria mucho más amplia y cuyo instrumento es la epidemiología.

Sánchez (2005) coincide y retoma lo referido por Winslow y menciona que la salud pública tiene funciones directas e indirectas; las primeras son promoción de la salud, protección de la salud, restauración de la salud, rehabilitación; y las indirectas son educación para la salud, nutrición, control o erradicación de las enfermedades, saneamiento, atención médica. De las funciones directas, la promoción y la protección corresponden a la prevención; las cuales es necesario impulsar por tratarse de acciones tendientes a evitar la enfermedad, que debe ser la conducta más importante del equipo de salud, sin menospreciar el hecho de que siempre habrá que desarrollar programas de acción médica y rehabilitatoria, porque siempre habrá enfermos y personas con determinadas incapacidades.

Según Leavell y Clark (Calderón, 1992; Díaz, 1999; Hernández, 1991; López, 1993; Y Sánchez, 1991) existen tres niveles de prevención en salud pública los cuales a continuación se presentan:

Prevención Primaria (periodo prepatológico), el cual abarca la Educación para la salud, Nutrición, Condiciones adecuadas de vivienda, Condiciones adecuadas de trabajo, Condiciones adecuadas de recreación, Inmunización, Saneamiento y Protección contra riesgos ocupacionales.

En la Prevención Secundaria (periodo patológico), se encuentra el Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en enfermedades agudas y crónicas, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico.

Y por último la Prevención Terciaria (periodo postpatológico), se ocupa de la Rehabilitación, Reentrenamiento y reducción de síntomas, Ludoterapia.

Se habla de prevención primaria, con relación a las medidas para evitar la enfermedad. Prevención secundaria, a las medidas encaminadas al diagnóstico temprano de la enfermedad y su tratamiento precoz, con el propósito de interrumpir oportunamente la evolución natural de los padecimientos. Y prevención terciaria, a las acciones que corresponden a la rehabilitación.

De esta manera la psicología clínica no queda fuera de la salud pública y retoma los tres niveles de prevención. De esta forma es necesario prevenir en salud mental / salud psíquica / bienestar psicológico / bienestar emocional para que las personas no caigan en deterioro psicológico o en su defecto trastorno mental / enfermedad mental, es decir su salud mental no se vea afectada con problemas de índole emocional derivados del acontecer cotidiano, por ejemplo, en el plano laboral, escolar, marital, relaciones interpersonales, sexual y otros tantos, ya que tantas veces los ámbitos anteriormente citados conllevan a déficit en las capacidades y habilidades de las personas.

A continuación nos referiremos a las actividades realizadas en salud mental comunitaria y psicología comunitaria y sus diferencias, haremos hincapié en la psicología comunitaria instancia donde a nosotros como profesionales de la salud psíquica los psicólogos nos interesan. Se retoman propuestas elaboradas para desarrollar y potenciar las habilidades y capacidades de las personas.

SALUD MENTAL COMUNITARIA

En este apartado nos referiremos a la salud mental comunitaria (SMC) y a la psicología comunitaria (PC), siendo necesario hablar de cómo se desarrolló la SMC y como los psicólogos abrieron las puertas a la PC como alternativa a la prestación de los servicios sanitarios en salud mental. Asimismo como la PC se formó para desarrollar y potenciar capacidades y habilidades en las personas que muchas veces o la mayoría de ellas se sienten aquejados por los problemas que presentan a diario.

Hombrados (1996) recoge varias acepciones sobre salud mental comunitaria de diversos autores que la presentan como alternativas, orientaciones de orden teórico, de carácter cualitativo, etc., sin embargo todos coinciden en lo mismo una intervención centrada en el cambio dentro y en los sistemas sociales.

Sánchez (1991) por su parte menciona que algunos autores describen a la salud mental comunitaria (SMC) en términos de actividades realizadas, métodos usados o de historia y valores subyacentes del modelo de prestación de servicios de salud frente a los modelos clínicos o médicos tradicionales. Sin embargo todos coinciden en el objetivo fundamental a perseguir: la prevención primaria del trastorno mental. Por otro lado, también recoge varias definiciones que exponen diferentes autores en materia a la SMC como: para San Martín y Pastor es la estrategia que trata de aplicar los programas de salud pública al ámbito local de la comunidad. La SMC consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud (mental) de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud (mental), prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad. De esta forma Sánchez (1991) define a la salud mental comunitaria como una nueva estrategia, o familias de estrategias, centrada en el desarrollo de nuevas modalidades de prestación de servicios de salud mental más flexibles, eficaces y que respondan más a las necesidades de la comunidad.

Haciendo historia, en 1967 la división de Psicología Comunitaria de la APA nombró una sección especial de Salud Mental Comunitaria, y en 1968 se emite un informe sobre las *Prioridades de los Psicólogos en la Salud Mental Comunitaria*. Aquí comienza la evolución de la psicología comunitaria hacia una intervención centrada principalmente en el cambio en los sistemas sociales más que en la prestación tradicional de servicios. El informe señalaba especialmente que la enfermedad es el resultado del fracaso de los sistemas sociales para proporcionar los recursos necesarios. Este presupuesto responsabiliza de la salud mental a toda la comunidad y hace partícipe a los agentes de socialización (familia, escuela, policía, sistemas políticos y económicos) más que a los individuos particulares; es decir, se subraya la necesidad de una acción social sobre la comunidad. De esta

manera los psicólogos comunitarios deben realizar estudios de intervención social en colaboración con los sistemas sociales de la comunidad: educación, salud mental, sistema legal, económico, y con líderes de la comunidad para obtener una retroalimentación (*feedback*) de sus intervenciones.

El objetivo de la salud mental comunitaria es el ajuste a las demandas de la sociedad, se acepta el concepto de déficit, el individuo es víctima de un sistema social. Los valores de la salud mental comunitaria son diferentes de los de la psicología comunitaria. Mientras la primera desea la adaptación a la norma social, la segunda desea el cambio del sistema social.

De esta manera Bloom (Phares, 2000; Y Sánchez, 1991) menciona que la salud mental comunitaria se presenta como una alternativa crítica a los servicios de la salud mental tradicionales y se refiere a todas las actividades acometidas en las comunidades en nombre de la salud mental. El denominado movimiento de la salud mental comunitaria aboga por una nueva concepción de un profesional más dirigido hacia la comunidad y una nueva forma de planificar y distribuir los servicios de salud mental. Es más bien una nueva actitud sobre la prestación y distribución de servicios en salud mental que una nueva concepción de la conducta. De aquí que la salud mental comunitaria se describa en términos de su localización, nivel de intervención, del tipo de servicios que presta y los recursos que utiliza.

Según este movimiento de salud mental, el nuevo concepto de salud debía situar la causa de los problemas en variables ambientales en contraposición con las variables intrapsíquicas. Sin embargo, a diferencia de otras concepciones como la modificación de conducta, la teoría del aprendizaje social o la psicología ambiental, la salud mental comunitaria no describe realmente de una forma clara la influencia del ambiente sobre la conducta, en una palabra carece de un cuerpo teórico y de investigación que la respalde como disciplina. En la misma línea, Hombrados (1996) menciona que el resultado es el desarrollo de una concepción donde reina la confusión respecto al tipo de profesionales que la integran y el tipo de práctica que se aplica.

Por otro lado, para Rappaport & Chinsky (Phares, 2000; Y Sánchez, 1991) el movimiento de salud mental comunitaria y la concepción de la salud mental comunitaria representan una nueva orientación, más que un avance en el orden teórico que se daba, por ejemplo: el énfasis en la prevención; en los nuevos métodos de tratamiento y en la comunidad son algunos ejemplos.

Para Calderón (1992) la salud mental comunitaria es la utilización de todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar el máximo de salud mental de sus propios integrantes. Por otro lado Caplan define a la psiquiatría comunitaria como el conjunto de conocimientos, teorías, métodos y procedimientos que en los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan

en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada. Se hace esta diferenciación ya que muchos términos se han utilizado para referirse al campo, total o parcial, de la investigación que se asocia con aspectos comunitarios de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

PSICOLOGIA COMUNITARIA

La psicología comunitaria es un área de investigación e intervención de reciente y creciente desarrollo. Surge como modelo alternativo a las aproximaciones tradicionales que históricamente se han venido ocupando de la prevención y resolución de problemas en el ámbito de la salud mental. Asimismo, contribuye a ampliar las perspectivas ocupacionales metodológicas, técnicas y de investigación del psicólogo. A las ya clásicas áreas de psicología educativa, clínica y laboral se añade un nuevo frente de intervención profesional al servicio de la comunidad, al servicio del cambio y de la promoción de la salud, en el que el psicólogo supera una posición clásica de observación, descripción, diagnóstico y clasificación de fenómenos y conductas para adoptar por fin una posición y perspectiva intervencionista. En este sentido la psicología comunitaria se incorpora a la vigorosa revolución científica y profesional que inició ya hace años la Terapia de Conducta (Costa, 2007).

Históricamente ha existido un retraso considerable en la aplicación de los principios del conductismo científico a los problemas y asuntos de la salud mental, tanto en lo clínico como en lo comunitario. Rimm y Masters (Costa, 2007) señalan que este retraso se explica en parte por el hecho de que durante una gran parte del siglo la terapia e intervenciones en este campo estuvieron restringidas exclusivamente a los psiquiatras, vinculados, como era obvio esperar, a modelos teóricos (modelos anatomopatológico y fisiopatológico, modelo de "enfermedad mental", modelo psicoanalítico) surgidos en el desarrollo y práctica de la medicina.

Por otra parte, la presencia del psicólogo con su bagaje teórico y metodológico que le define como un especialista del comportamiento, se ha visto favorecida por la insatisfacción de las aproximaciones tradicionales a la comunidad.

4.1 Breve perspectiva histórica del movimiento comunitario

Para Zax (1979) lo esencial de una aproximación comunitaria en salud mental es el énfasis puesto en los determinantes externos del entorno de los problemas emocionales.

Henderson (Costa, 2007) considera la prevención primaria como una noción mágica y señala que es una ingenuidad hablar de prevención primaria en psiquiatría, pues, según él, en esta disciplina hay solo unas pocas cuestiones que están bien comprendidas para ser bien prevenidas. Eisemberg (Costa, 2007) opina que es absurdo pensar que los programas de higiene mental puedan eliminar la llamada enfermedad mental. Es curioso constatar, a través de estos dos testimonios, cómo el propio modelo no genera la estima por la prevención.

Por otra parte, el modelo de enfermedad mental y el modelo psicoanalítico fomentan en las personas atribuciones incorrectas de causalidad cuando éste trata de buscar preocupadamente la explicación de los problemas que le afligen. En el lenguaje coloquial, y en las demandas de nuestras consultas clínicas, existen abundantes muestras de estas falsas atribuciones. Expresiones tales como "esta mal de la cabeza", "míremelo Ud. a ver si tiene algo en la cabeza" sugieren el presupuesto, doblemente inadecuado, de que los problemas de conducta por los que las personas consultan son una "enfermedad" y son "mentales". Estas expresiones y "diagnósticos" soslayan la decisiva intervención de los factores del entorno y de los factores relacionales en la naturaleza de los problemas emocionales y de conducta. Soslayan también la necesaria implicación activa de las personas en la prevención y resolución de los problemas del comportamiento. Si es "de la cabeza", si es "mental" ¿qué tienen que ver los factores sociales, educacionales, las pautas de comunicación, de relación y de crianza, las contingencias de reforzamiento social? ¿Para qué introducir modificaciones en esas áreas? ¿Para qué intervenir preventivamente en ellas?

El modelo facilita también la "etiquetación" que acompaña a las personas de por vida suscitando actitudes fatalistas respecto a las posibilidades de intervención y de cambio. El término "mental" por su parte, utilizado, para referirse a los problemas de comportamiento que de hecho rebasan, si bien lo incluyen, el ámbito de la mente, y del sistema nervioso central, es claramente reduccionista, a la par que contribuye a dicotomizar de manera cartesiano y acientífica la unidad del individuo.

A mediados de la década de los sesenta y fortalecida durante los setenta, surge una nueva concepción para el abordaje de los trastornos mentales, lo que se ha dado en llamar tercera revolución mental, que postula una modalidad de trabajo centrada en una perspectiva comunitaria, la psicología comunitaria.

Montero (2004) refiere que la mayoría de los autores define a la psicología comunitaria (PC) como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad; es decir, lo comunitario incluye el *rol activo de la comunidad, su participación*. Otro punto importante dentro de la PC es el énfasis puesto en el *desarrollo de las fortalezas y capacidades*, más que en las debilidades y carencias.

Para Rappaport (Phares, 2000; y Sánchez, 1991) la PC es la disciplina que acentúa la importancia de la perspectiva ecológica de la interacción, sosteniendo la posibilidad de mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente mediante la creación de nuevas posibilidades sociales y a través del desarrollo de recursos personales en vez de hacer hincapié exclusivamente en la supresión de las deficiencias de los individuos o de sus comunidades. En esta definición el autor hace énfasis en la relación individuo-medio ambiente (cultural, social, físico), donde coloca su objetivo en la producción de una mejor relación entre ambos y sitúa la posibilidad de lograrlo en ambos polos conjuntamente. Así este autor señalaba cuatro fuentes en el desarrollo de las estrategias de intervención que se usaban, en ese momento en el campo comunitario: (1) las formas de psicoterapia breve y de intervención en crisis, caracterizadas por la rapidez y por su adecuación a la situación, que aportaba la psicología clínica y el movimiento de salud mental en la comunidad; (2) el análisis de los grupos pequeños y, en general, la dinámica de grupos proveniente de la psicología social; (3) los aportes de la teoría de sistemas y de sus aplicaciones en la psicología social de las organizaciones; y (4) los análisis institucionales y de comunidades, la organización de comunidades y la perspectiva ecológica provenientes de los análisis sociales de amplio rango.

Por su parte Montero (2004) define a la Psicología Comunitaria, como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. Que marcan su carácter orientado hacia la transformación social, personal, dinámico, contextualizado, participativo, político, preventivo, generador de una praxis que al intervenir produce resultados concretos y reflexión teórica, consciente de la diversidad de carácter temporal y espacial proveniente del relativismo cultural.

Sánchez (1991) recoge diferentes definiciones sobre psicología comunitaria desde sus inicios y retoma en principio a Gerald Caplan al ser uno de los pioneros del movimiento que la define como el cuerpo de conocimientos profesionales tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir: 1) la frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria); 2) la duración de un número significativo de trastornos que se presentan (prevención secundaria); y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria). Esta definición de la Psiquiatría Preventiva sólo sirve, en todo caso, para el aspecto preventivo de la PC, no para su totalidad. Caplan introduce en esta concepción de las disciplinas comunitarias el modelo de prevención de Salud Pública; en otras palabras, la formulación de la salud Pública es un modelo público, en que la responsabilidad y planificación de las actividades se hace desde arriba, centralizadamente, en tanto que lo comunitario es un movimiento esencialmente desde abajo con asunción de responsabilidades y contextualización, en la comunidad y grupos locales, no en las estructuras políticas y sociales centrales.

Siguiendo con Sánchez (1991) refiere que para Bloom la PC sería el campo conceptual y académico centrado en el análisis y modificación de los sistemas sociales y en la confrontación de las cuestiones sociales desde el punto de vista de la psicología. Para Sarason es definida por su objetivo básico de reconstrucción del sentido psicológico de la comunidad. Zax y Specter la definen como un enfoque de los problemas de la conducta humana que destaca las contribuciones realizadas en su desarrollo por las fuerzas ambientales así como las contribuciones potenciales que puedan hacerse con vistas a su mitigación o alivio mediante la utilización de esas fuerzas. Newbrough ve la PC como un nuevo holismo, es decir, un campo de la psicología que intenta integrar el conocimiento a través de dominios de la psicología mediante otras líneas disciplinares con el fin de desarrollar una teoría general y unificada de la conducta humana. Y Sánchez (1991) la definiría como el conjunto de conocimientos y actividades destinados a promover el funcionamiento integral u óptimo de los miembros de las comunidades a través de procesos y métodos de intervención de carácter más social, o cuando menos, más psicosocial. Así la SMC sería la aplicación de la PC al ámbito de la salud mental. La SMC aparecerá con frecuencia ligada a desarrollos comunitarios de la Psicología Clínica, en tanto que la PC se relaciona más a la aplicación de las psicologías de orientación social.

4.2 Diferencias entre SMC y PC

A continuación se presenta un listado de diferencias entre la SMC y la PC:

Campo de acción: La SMC se ocupa de la salud mental, mientras que la PC se ocupa de los problemas psicosociales más amplios, desarrollo y bienestar psicosocial de las comunidades

Finalidad: preventiva en la SMC frente a potenciadora desarrollista en la PC

Blanco o destinatario: en PC la comunidad en su totalidad, frente a las poblaciones en riesgo o los ya afectados en SMC

Tipo de actividad: en la SMC distribución y prestación de servicios de salud mental con criterios poblacionales y de necesidad frente al cambio comunitario y social en PC

4.3 Características de la psicología comunitaria.

Heller y Monahan (Montero, 2004) presentaban como propios de la psicología comunitaria los siguientes aspectos: el enfoque ecológico; la preocupación por problemas que incluían la prevención de trastornos pero que iban más allá de los tradicionalmente planteado por la salud mental; la investigación multidisciplinaria; el énfasis en la capacidad para enfrentar los problemas, en la adaptación y en la competencia y no sólo en los trastornos; y el rechazo del modelo médico. Montero (2004) resume los aspectos o características que tipifican la psicología social comunitaria:

- Se ocupa de los fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.
- Concibe a la comunidad como un ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye la diversidad.
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.
- Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella.
- Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.
- Tiene un carácter predominantemente preventivo.
- A la vez, y por su carácter científico, produce reflexión, crítica y teoría.

Por otro lado la psicología social comunitaria, tiene como centro el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas; estudia para ello las relaciones de poder y de control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y, en el ámbito latinoamericano se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social, facilitando y fortaleciendo los procesos psicosociales que posibilitan el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas.

4.4 El objeto de la psicología comunitaria

Montero (2004) menciona que el objeto de la psicología comunitaria es el poder y control sobre las circunstancias de vida por parte de personas que integran comunidades, así como el cambio social como objeto de esta rama de la psicología; en otras palabras, el primer señalamiento coloca a la comunidad como ámbito y sujeto del quehacer psicosocial comunitario; y en segundo plano, el cambio o la transformación social se hace desde la comunidad (aspiraciones, deseos y necesidades de la comunidad). Para Nelson y Prilleltensky señalan como objeto de la psicología comunitaria el bienestar y la liberación, y más aún, la coexistencia de esos dos objetivos con el cambio social, en una forma de simbiosis social debida a la complejidad de los fenómenos comunitarios.

4.5 Premisas en Psicología Comunitaria

Montero (1994) proporciona un programa comunitario para la prevención de los trastornos mentales el cual se apoya en seis premisas fundamentales:

- *Primera premisa:* la incidencia de los trastornos mentales es una consecuencia de la interacción entre condiciones de vulnerabilidad personal y condiciones de facilitación ambiental. Esto significa un cambio actitudinal y el desafío de aprender a trabajar interdisciplinariamente junto con otros operadores en el abordaje del problema, luchando con nosotros mismos por resignar el papel hegemónico en la tarea a emprender; no se trata de intervenir *sobre* la comunidad sino *en* la comunidad.

- *Segunda premisa:* los trastornos mentales se generan en determinadas condiciones ambientales que favorecen su desarrollo. Dicho de otro modo, un desorden psicológico es la expresión que, en el interior de un microcontexto, manifiestan uno o más integrantes del mismo, revelando la acción de operadores macrocontextuales que condicionan la forma y la secuencia del trastorno así como determinando las posibilidades de reajuste y reequilibración del individuo del grupo.

- *Tercera premisa:* los factores ambientales son expresión tanto del entorno físico como del campo social. Cuando hablamos de ambiente hacemos referencia tanto a las condiciones del espacio físico como a las cualidades del campo social que operan en ese espacio. Hemos aprendido que no sólo los grupos sociales se ajustan a las condiciones del medio físico sino que operan activamente sobre éste, produciendo transformaciones, muchas veces muy radicales, que tienden a modificar las condiciones físicas del terreno donde actúan. Cuando decimos que los trastornos psicológicos son expresión del ambiente en que ocurren, estamos aludiendo al amplio concepto de la noción de ambiente. Por ende estamos afirmando que los trastornos mentales reflejan las circunstancias combinadas de lo físico y lo social como factores que prefiguran y condicionan el tipo de conductas específicas que pueden ocurrir en un hábitat determinado. Que la vida en las grandes ciudades es generadora de estrés o que el aislamiento de la vida en zonas rurales alejadas es favorecedor de ciertos comportamientos de desvitalización, son fenómenos lo suficientemente conocidos como para no tener que ahondar en esta cuestión.

- *Cuarta premisa:* los factores ambientales operan diferencialmente en cada momento del desarrollo histórico. La histeria conversiva fue una representación del ambiente del comienzo de nuestro siglo, así como la depresión o la toxicodependencia reflejan el de nuestro tiempo. Esto alcanza tanto a las formas específicas que asumen las conductas perturbadas, a su posibilidad de aparición, como a la capacidad de restitución de la salud. Tomando como ejemplo, los grupos sociales que habitan en una zona donde los temblores del terreno suelen ser frecuentes, se encuentran preparados en un estado de alerta del que carecen los integrantes de una zona donde ello no ocurre. Esto se incorpora tanto a las reglamentaciones civiles como a la mentalidad de los habitantes que desarrollan conductas de adaptación específicas.

- *Quinta premisa:* las comunidades son las formas de organización que asumen los grupos sociales para enfrentar las exigencias de la vida. Las comunidades varían a lo largo de la historia y toman infinidad de formas específicas en función de los ambientes en que cada una de ellas se desarrolla. A veces son agrupaciones compactas y extendidas y otras pueden resultar conformaciones heterogéneas y reducidas, pero siempre constituidas por un conjunto de grupos sociales. Cada comunidad está regida por un conjunto de reglas *explícitas e implícitas* que constituyen un código complejo de leyes que gobiernan los comportamientos de los grupos y los individuos. Esta legalidad determina los modelos ideales de conducta así como las diferentes desviaciones admitidas respecto de esos ideales.

Sexta premisa: la acción de los operadores de programas de salud comunitaria constituye una política asistencial. Dadas las implicaciones inevitablemente políticas que tiene la acción en las comunidades, el tema de los programas de salud mental que pueden desplegarse en este campo requiere una delimitación precisa de sus alcances. Lo difícil es diferenciar los de la tarea, los recursos que pueden implementarse y por último los objetivos concretos que pueden alcanzarse por medio de este tipo de acciones. Los efectos primordiales de un grupo de tareas en prevención de la salud, deben de estar puestos en lograr efectivamente mejorar las condiciones de una comunidad. Un programa de prevención en salud mental puede ayudar a cambiar el aparato social y será seguramente muy positivo si logra ese cometido, pero fracasará si es llevado a cabo con la única intención de provocar dicho cambio.

La tarea de un grupo de salud será tratar de ayudar a la población a enfrentar mejor las condiciones del ambiente a efecto de proteger a sus habitantes de la generación de trastornos que resultan penosos y perjudiciales, incluso ayudar en la producción de acciones concretas tendientes a modificar las condiciones mismas del ambiente en que se desenvuelven. Por consiguiente un programa de prevención comunitaria contempla cuatro momentos principales:

I. Preparación del programa, II. Intervenciones indirectas, III. Intervenciones directas y IV. Evaluación del programa.

4.6 Programa de prevención comunitaria por Montero (1994)

I. Preparación del programa. La puesta en marcha del programa, supone poder contar con a) una evaluación inicial sobre el estado de necesidades, b) la formulación de los objetivos y c) la conformación de los equipos de operadores que intervendrán en el mismo.

a) Un *informe inicial* debe contemplar una serie de aspectos, el primero de los cuales es la elaboración de un sistema de registro de los trastornos identificados en términos epidemiológicos, es decir, estimando los valores de incidencia y prevalencia del trastorno en un área determinada. Deben de estudiarse las estrategias que se han seguido hasta el momento para enfrentar el problema así como describir cuáles son los diferentes sectores

involucrados y las expectativas que cada uno de ellos tiene en el cumplimiento del programa. Esto último arroja una importante medida acerca de la colaboración con que se podrá contar y la resistencia que se deberá enfrentar. Normalmente tales informaciones pueden obtenerse en los centros de actividad comunitaria destinados a las actividades educativas, sanitarias, sindicales, recreativas, entre otras. b) *La fijación de objetivos* en general para cualquier trastorno consiste en intentar reducir la tasa de incidencia y/o de prevalencia, es necesario disponer de objetivos particulares y graduados en el tiempo para facilitar la posterior evaluación. c) En *la conformación de los equipos de operadores* la tarea fundamental consiste en generar una reorientación de fuerzas disponibles en el seno de la comunidad con el fin de dirigirlas a invertir la tendencia de ciertas pautas de comportamiento colectivas. Para ello será necesario contar con equipos múltiples integrados por personal técnico y agentes de salud. Entre los técnicos se requerirán, además de los profesionales en salud mental, expertos en diferentes aspectos de la organización social humana, como semiólogos, sociólogos y antropólogos.

II. Intervenciones indirectas. Las intervenciones indirectas se cumplen a través de dos frentes: a) la propagación del programa por medio de los agentes de salud y las campañas de promoción. Toda acción preventiva debe operar en diferentes niveles. Uno de los más importantes es la difusión sobre la base de diferentes medios que deben cumplir sucesivamente las fases de información general, preparación para la acción y comunicación de resultados. b) *La labor informativa* opera a dos niveles: transmisión de información vía instituciones a cargo de los técnicos responsables del proyecto y comunicaciones formales a través de medios. c) *La preparación para la acción* significa la implementación de técnicas motivacionales destinadas a optimizar el grado de colaboración de los distintos sectores de la comunidad en la implementación de las intervenciones directas. d) *Y la provisión de los resultados* tiene como finalidad regular el nivel de la respuesta alcanzada, procurando sostener el nivel de motivación de los individuos y los grupos en la acción emprendida.

III. Intervenciones directas. Las acciones llevadas a cabo por el programa de salud mental incluyen diferentes intervenciones: a) asistencia de las crisis; b) captación de portadores para su atención en centros de asistencia; c) incremento de sistemas de conductas protectoras por parte de los integrantes de la comunidad; d) incidencia en factores basales vinculados con la generación de los trastornos.

Los tres primeros recursos constituyen acciones que operan sobre la vulnerabilidad personal fortaleciendo a los individuos que presentan índices más elevados de riesgo, mientras que el último está dirigido a modificar las condiciones del hábitat.

a) *Asistencia de las crisis.* Normalmente los sistemas de salud se encuentran preparados para dar respuestas individuales a las situaciones de crisis; las tareas de prevención a nivel comunitario hacen un planteamiento que decide la intervención frente a las crisis en un momento anterior de su evolución. La instalación de líneas telefónicas para atender las demandas de personas que se ven llevadas hacia una crisis, es el recurso más implementado hasta el momento. Usado inicialmente como un recurso para la prevención del suicidio, se ha

puesto a disposición de diferentes problemas, las adicciones y el SIDA entre ellos. La idea que sustenta este sistema, consiste en proveer a la comunidad de la existencia de un recurso disponible en una etapa no suficientemente avanzada de una crisis, facilitando intervenciones que eviten situaciones en extremo perniciosas.

b) Captación de portadores para su atención en centros de asistencia. La asistencia de trastornos mentales es el resultado de una demanda que, habitualmente, se produce en un estado avanzado del trastorno. Esto responde en buena medida al desconocimiento por parte de la población de los efectos benéficos que pueden derivarse de un tratamiento. Para ello resulta primordial que los centros de asistencia, comunitariamente planificados, aumenten y diversifiquen los sistemas de promoción de las posibilidades de asistencia para diferentes tipos de trastornos. En este sentido cumplen un papel relevante como informantes clave las personas que han recibido asistencia con resultados positivos. Las personas recuperadas y con capacidad de reinserción social, debidamente entrenadas, son los mejores transmisores de dicha oferta. Pueden cumplir una labor muy útil, en ese sentido, los *grupos de autoayuda* que se han venido implementando con singular éxito en diferentes formas de adicciones, desde el alcoholismo hasta la obesidad y el tabaquismo. La base de este tipo de agrupamiento es la autogestión y su utilidad es doble en el sentido de operar sobre portadores y ayudar en la tarea de sostén de personas rehabilitadas.

c) Incremento de conductas protectoras de parte de los integrantes de la comunidad. Con esta intervención ingresamos en el campo de la prevención primaria. Las técnicas de la promoción de la salud propiamente dichas son las que se incluyen dentro de este grupo y están constituidas por dos tipos de acciones: unas destinadas a incrementar los recursos de la población y otras destinadas a modificar las condiciones del ambiente. Se trata de generar diferentes programas que se engloban dentro de la construcción de sistemas de competencia para enfrentarse con determinadas condiciones predisponentes o bien para la resolución de problemas desencadenantes. Tomemos como ejemplo la toxicodependencia en la adolescencia; cualquier intervención en el fortalecimiento de la estructura basal de los adolescentes vulnerables, conducirá a reducir el potencial de acceso a la toxicodependencia. Por otra parte, grupos de autogestión pueden ser constituidos para el desarrollo de actividades en la tercera edad promoviendo un incremento de la fortaleza vital para enfrentar las condiciones de aislamiento y soledad que caracteriza a este grupo poblacional en nuestras sociedades. En el mismo sentido funcionan los programas de prejubilados con el fin de prevenir los accesos depresivos que suelen acompañar al retiro laboral. El tema central de cada uno de estos grupos reside en alguna forma de función vital que es característica y propia del grupo y debe ser elaborada por sus propios integrantes. Los expertos en salud deben ocuparse básicamente en procurar brindar apoyo para la obtención de recursos en el marco de la estructura comunitaria y colaborar en la evaluación y difusión de los resultados. Igualmente pueden implementarse intervenciones en *grupos* o bien en *instituciones* con el fin de incrementar el entrenamiento y la preparación para enfrentar situaciones críticas así como promover conductas de consolidación de la salud.

d) Intervenciones sociales vinculadas a la promoción de salud en la comunidad. Se trata de operaciones realizadas sobre el ambiente para cambiar las condiciones basales que sustentan la aparición de los trastornos. Se

sabe que la ansiedad se ha visto incrementada como resultado de las operaciones de sobreexigencia a que se ven sometidos los individuos en diferentes niveles de estratos sociales. Así, la depresión es el resultado de una serie de condicionantes del estilo de vida contemporáneo y que el alcoholismo está relacionado con las condiciones socioeconómicas. El hacinamiento, la pobreza, la violencia, el abuso de menores, el desarrollo de conductas autodestructivas, los accidentes, desnutrición, déficit intelectual, la falta de recursos para defenderse de las exigencias sociales son sin duda alguna algunas de las fuentes más importantes de la existencia de una gran masa de personas psicológicamente perturbadas. Los programas de acción que como operadores del campo de la salud mental podemos implementar para paliar esta situación están bastante limitados en función de las mismas condiciones injustas que rigen las relaciones entre los estados y dentro de cada estado entre los diferentes sectores sociales.

IV. Evaluación. La evaluación deberá ser lo más particularizada posible a efecto de poder examinar los alcances en cada sector y el grado de eficacia de cada uno de los grupos de operadores involucrados en la tarea. Necesita ser difundida en la comunidad como una manera de ayudar a mantener activa la disposición a colaborar de sus integrantes. La conclusión de que un programa funciona efectivamente sólo podrá extraerse de evaluaciones positivas compartidas por los distintos sectores involucrados. Esto incluye una autoevaluación de nuestras actividades y una reflexión sobre nuestro rol.

4.7 Modelo de Competencia por Costa (2007)

Por otro lado Costa (2007) refiere que la psicología comunitaria propone un modelo alternativo: el modelo de competencia; sustentando en la idea de que la empresa preventiva y comunitaria no es tanto una lucha contra la patología como una estrategia para la promoción de la salud y de la normalidad, entendiendo ésta como una dimensión no homogénea constituida por habilidades y destrezas sociales y emocionales, o como un proceso de adquisición de competencias.

Este modelo de competencia implica que la salud y el bienestar o el ajuste de las personas no son estados cuya integridad haya que proteger cuidadosamente para que no se extralimiten hacia lo patológico, sino más bien repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas, y cuyo aprendizaje puede y debe ser promocionado.

El modelo de competencia asume plenamente el derecho que toda persona puede desarrollar competencias o habilidades que le capaciten para prevenir y resolver problemas y manejar el estrés de una manera adecuada. En esta medida, el modelo de competencia y la intervención en psicología comunitaria establecen una clara y terminante diferenciación con cualquier planteamiento determinista o mecanicista que conceptualice a la persona como irremediabilmente constreñido y predeterminado por sucesos supuestamente

traumáticos de su pasado que dejarían muy poco margen para el cambio. También se distancia de planteamientos mágicos que atribuyen los logros y el desempeño de las personas a una hipotética fuerza interior llamada "fuerza de voluntad" con la que contarían algunas personas afortunadas, y de la que carecerían, sin saber por qué, otros menos favorecidos por la fortuna. El modelo de competencia apuesta de forma terminante por la "fuerza de la habilidad" o de competencia y se empeña en todas aquellas estrategias de intervención que pongan a disposición de las personas la oportunidad de aprender esa competencia.

Según este modelo, la competencia es la resultante de habilidades que operan en los tres niveles de la conducta: cognitivo - verbal, fisiológico - emocional y motor.

Es un modelo educacional, como alternativo al modelo terapéutico, por cuanto la intervención comunitaria activa, desde la psicología, va a crear en las distintas áreas de la comunidad, las condiciones metodológicas, técnicas y motivacionales para que se produzca ese proceso de aprendizaje de competencias

De acuerdo con este modelo, el profesional de la salud (en ese caso el psicólogo) no trata de resolver los problemas a las personas, sino que tiene el empeño profesional de facilitarle los recursos teóricos y técnicos para que desarrolle un equipamiento de competencia o ciencia personal de habilidades de resolución de problemas (habilidades de observación, de planificación) para que él se convierta en agente activo de su propia salud, contribuya de manera cooperativa a promocionar la salud en el sector de la comunidad en que vive y sea capaz de resolver problemas, y lo que es mejor, de prevenirlos.

Así de esta manera con el programa comunitario para la prevención del deterioro en el bienestar psicológico y del trastorno mental propuesto por Montero (1994) y el modelo de competencia por Cosa (2007) se pretende potenciar destrezas, habilidades y capacidades en las personas para optimizar o llevar una calidad de vida adecuada sin deterioro psicológico que muchas veces resultan penosos o perjudiciales.

CRITICAS Y APORTES PARA SU PRACTICA PROFESIONAL

En capítulos anteriores se expuso de manera breve y general los conceptos que usualmente encontramos sobre salud; el multi-usado salud mental y algunos modelos presentados por varios autores en materia de psicología que resumen atributos o cualidades para poder alcanzar un óptimo estado psicológico/emocional en salud mental/salud psíquica; las actividades realizadas en salud pública y lo concerniente a la salud mental comunitaria y psicología comunitaria. En este apartado se pretende hacer algunas críticas hacia los modelos explicativos en salud mental, abordando el modelo médico, el psicológico y en parte el sociológico. Con ello se dará pauta a algunas propuestas para un óptimo desarrollo como personas en ésta sociedad cambiante día a día. Donde para la psicología la prevención del deterioro psicológico es el eje central de una buena salud mental (Hernández y Sánchez, 1991).

Antes de iniciar la exposición con relación a las críticas en y sobre salud mental, es necesario hacer un paréntesis y definir lo que es un modelo. Price (1981) menciona que *modelo* es el término más corriente con que se designa la conceptualización de la *conducta anormal*; es decir, una analogía, una situación nueva, ambigua o enigmática que se analiza a partir de una noción más familiar. Entonces al encontrarse con una serie de fenómenos o estructuras que no comprende, los explica a partir de una analogía.

De esta manera en el empleo de modelos se plantean algunas dificultades: una de ellas radica en que induce a hacer generalizaciones que rebasan los límites establecidos inicialmente y tienden a perder su virtud clarificadora. Otro problema reside en que los modelos siempre serán representaciones incompletas. Y por último, las relaciones especificadas por los modelos son válidas y precisas en el concepto original, no así en la nueva situación que se desea entender. En este sentido los modelos son provisionales y muestran una cualidad analógica.

Los historiadores de la salud mental están de acuerdo en que han ocurrido hasta ahora tres revoluciones capitales en salud mental. La primera en 1792, impulsada por las preocupaciones humanitarias de Phillippe Pinel en Francia, las de eliminar las cadenas que sujetaban a los dementes en los fétidos calabozos de Paris. La segunda a principios de este siglo, fue el señalamiento hecho por Freud, de continuidades en el pensamiento humano y la conducta entre los cuerdos y los dementes, entre niños y adultos, entre el mundo de la realidad y el onírico. La tercera revolución, que comenzó muy recientemente, es la llamada Revolución de la Salud Mental Comunitaria, mediante la cual la gente que sufre necesidades psicológicas puede encontrar la ayuda apropiada dentro de un solo campo, y para una vasta gama de problemas psicológicos (Ascencio, 1995; Y Price 1981).

Por ello, abordar la temática de salud-enfermedad mental implica, la precisión de que se entiende por el proceso salud-enfermedad. Esto tiene como objetivo recuperar el intenso debate que se dio en la medicina en

torno a estos conceptos desde fines de los años 60 e inicio de los 70, donde las ciencias sociales jugaron un papel crucial en la redefinición conceptual de esta disciplina, misma que ha alcanzado un nivel de concreción en los aportes de la denominada corriente de la Medicina Social (Gómez, 2004; Y Olvera, 2005).

En otras palabras la corriente socio-médica en los inicios de la década de los 60 se aboca a la tarea de demostrar que la salud-enfermedad se encuentra históricamente y socialmente determinada y que las diferentes formas de enfermar y morir de los colectivos humanos, se explican predominantemente en función de la manera en que se insertan en su medio ambiente sin dejar de lado su nivel socioeconómico.

Por consiguiente para tratar sobre los diferentes modelos en salud mental comenzamos nuestra exposición con el modelo médico o perspectiva médica, la cual es sin duda la que predomina en la concepción de la conducta anormal y en salud mental (*nótese que desde el inicio de su formulación sólo hace referencia a la ausencia de salud*) y usualmente también predomina en el pensamiento de la mayoría de las personas al asumir tajantemente que la salud mental *sólo* se circunscribe a la práctica médica o psiquiátrica. En otras palabras la sociedad usa el modelo o estereotipo de enfermedad física y/o mental como fundamento de los términos y los conceptos que se aplican a la conducta anormal. A esta última se califica de patológica y se clasifica a partir de síntomas, clasificación que recibe el nombre de diagnóstico. De ahí los procedimientos destinados a cambiar el comportamiento se llaman terapias y son administrados a pacientes en hospitales psiquiátricos. Una vez que la conducta anormal desaparece se dice que el enfermo se alivio.

Esta discusión se justifica en la medida en que, la concepción y tratamiento de los fenómenos relacionados con los procesos mentales se ha visto permeada, a través del tiempo, por concepciones de carácter médico, desarrollada por la psiquiatría. Este hecho se ha concretado en el abordaje de los fenómenos psíquicos desde el punto de vista biológico e individual, cuyas repercusiones alcanzan no sólo a la teoría donde las determinaciones de carácter social se encuentran exentas, sino sobre todo a los niveles de intervención terapéutica (Martínez, 1997).

El análisis crítico de los diferentes modelos en que se ha sustentado la práctica médica hegemónica a lo largo del tiempo, permite recuperar el avance del conocimiento generado, del modelo unicausal. Sin embargo, la insuficiencia del mismo y las limitaciones de los modelos multicausales que se perfilaron como una alternativa, no dan cuenta suficiente en el proceso salud-enfermedad. (Martínez, 1997).

En este sentido, el incremento de los trastornos mentales, como uno de los problemas de salud colectiva más importantes en la actualidad, impone la necesidad de profundizar en el estudio de los factores sociales asociados con su causalidad y su distribución diferencial en la población.

Ambos modelos, unicausal y multicausal entrañan una concepción biológica e individual de la enfermedad, y a lo sumo se recuperan elementos del medio ambiente, que en su conjunto conforman el modelo explicativo por excelencia basado en la triada ecológica de Leavell y Clark (Calderón, 1992; Hernández, 1991; López, 1993; Y Sánchez, 1991).

De manera paralela a las evidencias empíricas que sirvieron de base para demostrar el carácter histórico y social de la salud-enfermedad, se hizo necesario precisar en términos conceptuales que se está entendiendo por ello. El avance crítico en este campo del conocimiento señala que es irreal hablar de la conquista de la salud como sinónimo de erradicación de la enfermedad ya que la enfermedad es tan antigua como la vida misma por que es un atributo de la vida y por lo tanto lo ha sido y lo será de cualquier forma de sociedad, independiente de las características que asuma tanto en su tipo como en su frecuencia, ya que dependerá de las distintas sociedades y de los diferentes momentos históricos. Por lo tanto, como característica inherente a la condición humana, desaparecerá en el momento en que el hombre se extinga.

Es posible señalar que a nivel individual, ni la salud ni la enfermedad son fenómenos estáticos, por lo tanto no es posible establecer donde termina uno y comienza en otro, son dos momentos de un mismo proceso pero diferenciables, de donde se desprende la necesidad de ubicar la relación que guardan entre sí.

Respecto a los diferentes niveles en que pueden ser abordadas tanto la salud como la enfermedad, se identifican en el terreno de lo social en dos planos: el individual y el colectivo, aunque existe el nivel biológico, válido para todos los seres vivos y que hace referencia a conceptos de homeostasis, adaptabilidad, variabilidad entre otros, ya referidos en el capítulo 1.

A nivel individual, la subjetividad determina diferentes maneras de comprender a la salud y la enfermedad, ya que la presencia de enfermedad no significa que quien lo adolece se sienta enferma, independiente de la presencia objetiva del trastorno. Por lo tanto la salud no se traduce mecánicamente en ausencia de enfermedad sino que su comprensión atraviesa por considerar la percepción sobre la salud o sobre la enfermedad que tiene cada persona, ya que esto determina una visión más completa de estos fenómenos y que explica la distintas practicas individuales a las que se recurre para conservar la salud o hacerle frente a la enfermedad.

En un recuento histórico del desarrollo de la psiquiatría contemporánea, desde su surgimiento hasta la década de los 70 aproximadamente, Jervis (1977) señala que ésta siempre ha tenido dos caras. Por un lado aparece como una rama de la medicina donde se presupone que los trastornos mentales son susceptibles de atenderse de la misma manera que las demás enfermedades y por otro lado, aparece como en instrumento de

represión y control de los comportamientos desviados, independientemente de cualquier finalidad médica o terapéutica. Este doble proceder de la psiquiatría ha existido desde los tiempos más antiguos y puede hallarse en todas las civilizaciones. Su surgimiento responde a la necesidad de sistematizar las conductas llamadas desviadas, cuya incumbencia era de orden religioso, judicial o médico-psiquiátrico.

La asistencia se concretaba a la reclusión del individuo en lugares aislados, que permitían la supervivencia de quienes no estaban capacitados para vivir a no ser en condiciones que amenazaban el orden y la tranquilidad social, la asistencia psiquiátrica, que en un principio estuvo en el ámbito manicomial, se encontraba lejos del camino científico.

En época de la Revolución industrial se formaron estratos de marginados, por lo que el desarrollo del sistema manicomial fue impulsado por necesidades político-sociales que entrañaban la racionalización en la gestión de las conductas desviadas, la tarea fue separar al enfermo del culpable según los criterios de la humanidad, razón y derecho. Sin embargo la distinción entre enfermo y culpable fue incompleta debido a que no se contaba con criterios objetivos de la enfermedad.

En la época siguiente de la Revolución Francesa se introdujo conceptos psicológicos y morales que señalaban que, si bien los locos no eran responsables de su locura, en cierto modo eran responsables de sus propias acciones.

Comenzando el siglo XIX el trastorno mental fue considerado, además de enfermedad mental, como alteración de la capacidad moral y perversión de la voluntad. El tratamiento se hizo más complejo y combinaba métodos médicos tradicionales, con tratamientos educativos o reeducativos que tendían a la disciplina de la mente.

Después surgieron concepciones menos rígidas y represivas, basadas en el aprendizaje y en la autorepresión personal, y posteriormente se les fue quitando las cadenas a muchos enfermos mentales, hecho que constituyó una victoria para la psiquiatría más tradicional.

En la ideología de los 80, bajo los parámetros de la medicina positivista, las causas de las enfermedades psiquiátricas se buscaban en la predisposición hereditaria, en la degeneración biológica o bien en una desconocida afección progresiva del cerebro. Se perfiló como contundente para el desarrollo de la psiquiatría, el descubrimiento del origen sifilítico de la parálisis general. Tenía unas causas (culpas morales), una evolución, una anatomía patológica y unas consecuencias hereditarias. Este hecho le permitió a la psiquiatría su incuestionable incorporación al interior de la medicina.

Posteriormente la psiquiatría logró renovarse con los aportes generados por el psicoanálisis que se distanció de las orientaciones organicistas y patológicas del positivismo psiquiátrico. El trastorno mental es entendido por el psicoanálisis en términos psicológicos y dialécticos como el resultado de un contraste, de un desequilibrio de tensiones, de un conflicto irresoluto entre exigencias humanas y sociales contradictorias. Se constituye en un instrumento interpretativo para algunos trastornos mentales y para la vida psíquica en general, además se perfiló como un nuevo método de tratamiento y lanzó una crítica a las concepciones morales del siglo XIX. Sin embargo, los cuestionamientos de los que ha sido objeto se corresponden con la relativización de lo social, el servir a los intereses de la clase dominante y el de arrastrar categorías históricas utilizadas por el psicoanálisis para explicar fenómenos de carácter histórico-social.

Los planteamientos ortodoxos del psicoanálisis se ven enriquecidos con los aportes realizados por los neofreudianos, que señalan la presencia de los trastornos mentales como un resultado de condicionamiento social contradictorio y las dolencias individuales, las cuales serían las variables según las culturas, épocas y estratos sociales. Sin embargo, la alternativa planteada por ellos se remite a la adaptación y a la recomposición de los conflictos sociales, donde era suficiente que se diera una adaptación de las personas a la sociedad de una manera positivista para que con la buena voluntad de los individuos y los progresos de la democracia resulten eliminadas las contradicciones neurotizantes de las costumbres y de las vidas cotidianas.

Durante los años 30 y 40 apareció una teoría de corte eminentemente sociológico, que excluía concepciones médicas y psicológicas en la interpretación de los trastornos mentales. La anormalidad para esta escuela es entendida como un rol social mantenido e inducido por el grupo social. Sin embargo, este rol no existe en sí mismo, sino que forma parte de una estructura de relaciones interpersonales, solo se concibe en términos de la comunicación e interacción que el individuo tiene relación con su grupo. Ingleby (Olvera, 2005) señala que algunos sociólogos, que han hecho de su objeto de estudio a las enfermedades mentales, ubican a los mecanismos asociados a éstas fuera de la cabeza del paciente, en la sociedad, proceso que tiende hacia la sociologización de los fenómenos psíquicos.

Durante el decenio de 1960-1970 surge un movimiento denominado antipsiquiatría, en el cual sus cuestionamientos se dirigen a la denuncia del carácter antiterapéutico y psicológicamente destructivo del hospital, sobre la supuesta eficacia terapéutica de los tratamientos físicos al carácter del control represivo del hospital sobre los comportamientos considerados desviados, sobre la supuesta neutralidad y asepsia valorativa en sus intervenciones; al tratamiento de los trastornos mentales como si fueran enfermedades orgánicas.

El movimiento antipsiquiátrico tuvo lugar en Inglaterra con Laing y Cooper; en EU, Szasz y en Italia por Basaglia. La antipsiquiatría centra su crítica en la práctica de la psiquiatría clínica, denunciando la violencia

institucionalizada practicada contra los internos en los hospitales, un sistema represivo de control validado por la ciencia y apoyado por la sociedad. El internamiento se destinaría a aquellos individuos que presentan comportamientos distintos a los de la sociedad y por lo tanto se les ha etiquetado con el rótulo de enfermos mentales. Esta diversidad es contraria a la naturaleza, al pertenecer a una clase dominada, cuya presencia en la sociedad es aceptada solamente cuando se adecua a las reglas que han sido fabricadas por su dominio.

Otros de los temas centrales donde el movimiento antipsiquiátrico tuvo mayor resonancia es el relacionado con el cuestionamiento al concepto enfermedad mental. Szasz (1986) ha sido uno de los primeros antipsiquiatras en el que sus planteamientos giran en torno al mito de las enfermedades mentales, cuestiona las raíces biológicas e individuales que subyacen a la concepción y tratamiento de los trastornos psíquicos.

Según Szasz (1986) la noción de enfermedad mental deriva de su principal fundamento de fenómenos como la sífilis cerebral o estados delirantes, intoxicación entre otros, por ejemplo las personas pueden manifestar determinados trastornos de pensamiento y de conducta. Sin embargo, estas son enfermedades del cerebro y no de la mente. Conviene advertir que tanto los críticos como defensores de la perspectiva médica se ocupan de la siguiente cuestión ¿se debe de dar el nombre de enfermedad a la conducta anormal que carece de equivalente fisiológico? Szasz sostiene que la forma más útil de concebir las desviaciones conductuales es ver en ellas simples problemas de vivir.

Szasz menciona que esta serie de postulados contienen errores fundamentales: por un lado, si una enfermedad se debe a defectos neurológicos, será una afección del sistema nervioso y no un problema del vivir, y en consecuencia habrá que calificarla de enfermedad nerviosa y no de enfermedad mental.

Y por otro lado, es de carácter epistemológico y comporta un dualismo entre los síntomas físicos y psíquicos. Los primeros son una manifestación de trastornos orgánicos, mientras que los segundos designan el modo en que los pacientes comunican cosas referentes a su personalidad, a otros y al mundo circundante. De lo dicho se infiere que el dualismo implícito en la expresión de la enfermedad mental es una confusión de contextos anatómicos y sociales.

A partir de ahí recupera nociones que entrañan una visión histórica y social en la determinación de los trastornos, cuando señala que el individuo mentalmente sano o no, no es un mecanismo que funciona por su cuenta, determinado por leyes internas, sino que el individuo existe y se determina como ser social, está inserto en una sociedad determinada, en un vasto tejido de intercambios interpersonales. No es su modo de ser individual lo que determina su modo de ser social, sino lo contrario. Su colocación social y práctica social

dominan su modo de actuar, de sentir, de pensar, en el bien y en el mal, en lo que resulta fácil y en lo que es difícil.

Esta breve caracterización que entraña un cuestionamiento al uso indiscriminado del término enfermedad mental, permite ubicar dos grandes campos donde se insertan los fenómenos mentales: por un lado, aquellos que tienen demostrada una etiología orgánica, una lesión cerebral, una alteración neurológica (cuyo origen puede ser genético o no) y que en todo caso puede ser denominado enfermedad mental.

Por otro lado, se ubican a los denominados trastornos mentales o el deterioro en el bienestar psicológico, de los cuales se podrían dar múltiples definiciones, si se parte del supuesto de que éstos se corresponden con dificultades de la vida, con una crisis no resuelta, un periodo de bloqueo en el camino de la existencia, una dificultad para entender cómo funcionan los propios mecanismos mentales, en qué dirección va, cómo es que la vida y sus acciones controlan el pensamiento y la inteligencia. De igual manera siempre existen dificultades en vivir las relaciones de los demás y entender cómo funciona. Ante esta situación el individuo responde con la única manera de hacerlo con base a su aprendizaje sucesivo, sus condiciones de vida y de su salud. Esta caracterización es válida para todos, se encuentren o no aquejados de trastornos mentales, pero lo que más cuenta son las experiencias precedentes.

Lo que caracteriza el trastorno mental respecto al modo de reaccionar normal frente a los sufrimientos y las dificultades, es que el individuo, enfrentado a las dificultades de la vida, está vinculado a un modo de reaccionar que quizás es para él el único posible en aquel momento, pero que agrava sus dificultades en vez de aliviarlo (Jervis, 1977).

Entender el trastorno mental como un problema de vida, implica hacer referencia al espacio donde transcurre la misma. La existencia del sujeto, trastornado o no, transcurre en una sociedad concreta y en un momento histórico específico. Este hecho determina que el trastorno adquiere particularidades específicas, de carácter cuali-cuantitativo mediadas por determinantes de carácter social.

Si el trastorno mental se plantea como un problema de relacionalidad del sujeto respecto a otros, esta relacionalidad está determinada por los elementos de carácter económico, ideológico, político, jurídico, por los elementos confortantes del ámbito de lo social. Por este motivo, no se puede hablar de un concepto universal del trastorno mental válido para todas las sociedades en todos los momentos históricos.

Szasz (1986) precisa que en la definición de trastorno mental, es necesario considerar conceptos psicosociales, éticos y jurídicos donde se evidencie a partir de que norma un comportamiento está considerado

como anormal o no, nociones como la de represión excesiva y actuación de un impulso inconsciente ejemplifican el uso de conceptos psicológicos para juzgar las llamadas salud-enfermedad mental. La idea de que la hostilidad crónica, el espíritu de venganza o divorcio son indicadores de enfermedad mental ilustra el uso de normas éticas (la convivencia del amor al prójimo, la tolerancia benévola y la estabilidad conyugal). Por último, la difundida opinión psiquiátrica de que solo una persona mentalmente enferma puede cometer un homicidio ilustra el empleo de un concepto jurídico como la norma de la salud mental. En sí se habla de enfermedad mental, el apartamiento se mide respecto de un patrón psicosocial y ético.

Existen objeciones donde figuran la confiabilidad de sus juicios y su virtud de estigmatizar al sujeto. Al respecto Rosenhan (Price, 1981) efectuó estudios en apoyos de estas críticas y se preguntaba ¿es posible distinguir a los cuerdos de los locos?, para lo cual llevo a cabo una investigación en la cual le pidió a algunos colegas y amigos que se hicieran pasar por pacientes y que acudiesen a un hospital psiquiátrico y solicitaran ser admitidos. Al final todos fueron admitidos y “rotulados, etiquetados” el diagnóstico de “esquizofrenia en remisión”.

Por ello, el término de enfermedad mental es sustituido por el de trastorno mental y esto se puede observar en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) editado por la Asociación de Psiquiatría Americana.

Por otro lado, sí para el concepto de enfermedad mental se han vertido críticas como las señaladas anteriormente, ubicándolo como un concepto que deriva de la medicalización de fenómenos que son médicos, o de la biologización o psicologización de procesos predominantes sociales, otros tantos cuestionamientos se pueden elaborar en torno al concepto salud-enfermedad. Por lo que se señala que para la psicología fuera necesario interponer los términos menos comprometidos con el medicalismo y reemplazar algunos por otros menos ostentosos como el caso del incierto salud mental, quizá reemplazado por el de integridad mental o psíquica ó bienestar psicológico o salud psíquica. La integridad de la mente, no es cuestión de salud, sino de comportamiento, de relacionalidad y eso no es cuestión y exclusiva ni predominantemente biológica o médica.

Esclarecer cuál es el objeto y el campo de acción de la psicología, suele ser aún tema de controversias en cierto modo álgidas, independientemente de ser psicólogos dedicados a la investigación, a la docencia o a la vida profesional. Desde el punto de vista aquí expuesto es necesario hacerse de una visión integrista o pluralista, a pesar del riesgo de ser confundida con el eclecticismo.

Asumir tajantemente una postura, de entre el conjunto de teorías psicológicas actuales, es un recurso de escasa utilidad si es que se busca ubicarse en el mundo psicológico. Dicho de otro modo: definir cuál es la

corriente o escuela psicológica preferida (o desde la que se habla de lo psíquico), además de ser cada vez menos justificado es, sobre todo y en cierta medida, un recurso inútil ya que el psicólogo, ante la expansión actual de la psicología, requiere trascender las posiciones exclusivistas del tipo soy psicoanalista, o piagetiano, rogeriano o conductista o cualquier otra corriente o escuela.

Desde esa y esta convicción bien puede asumirse que, de manera básica y global, la psicología es la disciplina/ciencia que tiene por objeto de estudio a dos hechos de subjetividad: las emociones y las cogniciones; y desde luego, enfocando el impacto e interacción de esas dos dimensiones en el comportamiento.

Pero respecto al campo de la llamada salud mental predomina una versión simplista y superficial para denominarla, estipulada como un: estado sometido a las fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, que permite al individuo realizar una síntesis satisfactoria de sus impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; es formar y mantener relaciones armónicas con los demás y participar en cambios constructivos en un medio físico y social. (Gómez, 2004)

Ese punto de vista se ve excesivamente cargado de elementos biologists y medicalistas. Tanto biologismo como medicalismo constituyen posiciones exclusivistas, fragmentarias, generadas históricamente en el ámbito de la medicina y que en la actualidad acometen el concepto de enfermedad más allá de las disfunciones orgánicas, las cuales son tratadas sólo por especialistas médicos.

De acuerdo a Menéndez los rasgos definatorios del medicalismo o modelo médico hegemónico son los siguientes:

- a) biologismo, b) concepción teórica evolucionista-positivista, c) ahistoricidad, d) asocialidad, e) individualismo, f) eficacia pragmática, g) la salud-enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos), h) orientación básicamente curativa, i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, k) relación médico-paciente asimétrica, l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica), m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado, n) el paciente como responsable de su enfermedad, o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud, p) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, q) prevención no estructural, r) no legitimación científica de otras áreas, s) profesionalización formalizada, t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, u) tendencia a la medicalización de los problemas, v) tendencia inductora al consumismo médico, w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, x) tendencia a la escisión entre teoría

y práctica correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica. (Gómez, 2004, p. 209)

Pero lo más injustificado de la extrapolación organicista-medicalista hacia la psicología es la tergiversación de aquello que se entiende por mente, término utilizado para designar conceptos varios: elaboraciones cerebrales, comportamientos respecto a congéneres y representaciones sobre sí mismo o sobre los demás. Junto a ello es también injustificada la igualación entre el vocablo salud y otro conjunto de componentes como “relaciones armónica, síntesis de impulsos en conflicto y participación modificatoria”.

Ahora, desde la perspectiva basada en el aprendizaje, encontramos que la conducta anormal se aprende y es inadaptativa en el sentido de que resulta contraproducente para quien la realiza (Price, 1981).

Esto es representado por lo expuesto por Seligman en su modelo de la indefensión. En este sentido la estructura fundamental de la perspectiva está constituida por los conceptos de estímulo, respuesta y refuerzo tomados de los campos del aprendizaje. A fin de explicar la conducta anormal se recurre a los mecanismos del condicionamiento clásico y operante se dice que los síntomas no provienen de algún proceso ni disposición subyacente, sino que se aprenden.

Encontramos otra perspectiva que es la social, la cual difiere de las demás al menos en dos aspectos: en primer lugar, casi todos los psiquiatras y los psicólogos clínicos conciben la conducta anormal como una cosa que surge del interior del individuo. Por el contrario, la perspectiva social sostiene que la enfermedad mental es algo que se atribuye a las personas en función de las definiciones que algunos públicos dan a cierta clase de actos.

Tales ideas tienen varias consecuencias. Una de ellas consiste en que se presta mucha atención al contexto *social* dentro del cual ocurre la conducta anormal. Una de las críticas más ásperas de los partidarios de la perspectiva social es que las otras aíslan los síntomas del contexto donde se manifiestan. Procuran remediar tal deficiencia, aunque a veces subrayan el contexto a costa de la precisión descriptiva de los síntomas.

Otra consecuencia de la adopción de la perspectiva social es que se introducen nuevos elementos en el problema. Los enfoques individualistas operan en un vacío esencialmente contextual; en cambio la perspectiva social gira en torno a las reacciones sociales ante los síntomas, a la institución social de la salud mental, al diagnosticador y al paciente.

Por consiguiente la perspectiva social lleva implícita un crítica de la perspectiva médica: según ella los síntomas no son otra cosas que violaciones de normas, el diagnóstico es una simple clasificación, la enfermedad mental es esencialmente una idea sancionada por la cultura y los enfermos mentales crónicos se limitan a cumplir con los dictados de un papel social. La perspectiva social se concentra casi totalmente en la anormalidad que sobreviene como una reacción a la designación de enfermo mental o a la hospitalización. Pero también es verdad que la sociedad “crea” desviados al definir las normas de conducta.

Por ejemplo en psicología el modelo que explica a la salud psíquica es la perspectiva humanista (referida como utopía o estado ideal con Maslow, Rogers y posiblemente Jahoda) como concepto de *autorrealización* en el cual el individuo toma de su bagaje psicológico lo necesario para hacerle frente a los problemas que se puedan presentar y así llegar a un crecimiento personal, en el cual todas sus esferas (nivel cognitivo, afectivo, conductual, somático, sexual, social, familiar y laboral) estén satisfechos o “realizados”.

La perspectiva humanista sirve además de trampolín para la crítica social. Se piensa que la pobreza, la amenaza de una guerra nuclear y otros problemas sociales son a la vez causa y consecuencia de alienación y la perdida del sentido de la importancia personal. Según esta perspectiva la solución no consiste en concentrarse en el mundo exterior para buscar una reforma de la sociedad, sino en volver la mirada hacia el interior para encontrar el yo autentico.

Salud mental en la medida que es un término elástico y abarcativo en extremo, exhibe amplios vacíos conceptuales, vacíos que van más allá de sus alcances meramente semánticos. El concepto de “salud mental” descansa predominantemente sobre suposiciones y cuando se trata de sus respaldos explicativos, éstos refieren el comportamiento convivencial, lo que no excluye argumentos muy cercanos a simples actos de fe. Sin embargo tales supuestos sobre salud mental son tan imprecisos como aquellos usualmente utilizados para definir tradicionalmente a la salud, es decir, aquel estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

Por eso al designar como enfermedad a cualquier anormalidad o alteración del comportamiento convivencial o de la subjetividad, las bases de tal designación son las inclinaciones organicistas medicalistas, en este caso, extrapoladas a la personalidad alterada. Esa tergiversación conceptual es de una magnitud semejante (si bien en sentido contrario) a aquella proveniente del naturalismo sociológico cuando se designa a los conflictos de la sociedad como enfermedades sociales o disfunciones del organismo social.

Señalamientos como éstos tienen pertinencia en el reconocimiento de la convivencialidad del sujeto respecto a otros es regida predominantemente por una determinada combinación de ámbitos como el económico,

ideológico, político, jurídico y ético entre los cuales cuenta también, aunque en medida parcial, el plano estético. La comprensión de los eventos mentales se encuentra hoy en una encrucijada: por un lado se encuentran puntos de vista y modelos teóricos e interventivos cuyas bases se remontan a fines del siglo XIX e inicios de éste; y por otro se encuentran hallazgos sobre la actividad cerebral que aún no alcanzan conclusiones aplicativas y que sin embargo sugieren múltiples precauciones ante los modelos e intervención tradicionales.

Ciertamente aquellos especialistas dedicados a la búsqueda de hallazgos sobre la mente no suelen adentrarse demasiado en problemas de la llamada salud o la enfermedad mental; como también a la inversa: mayoritariamente quienes se desenvuelven en el campo del diagnóstico y terapéutica mentales no suelen dominar la actualización investigativa sobre las sinuosidades teórico-investigativas acerca de la mente y el cerebro.

Por otra parte la búsqueda de un concepto riguroso de salud mental no conduce a ignorar o desdeñar el vasto y preocupante conjunto de hechos que la denominación tradicional abarca, es decir: la llamada nosología psiquiátrica.

Planteado de otro modo: cambiar el nombre a las alteraciones de la mente o del psiquismo, alcanza justificación en la medida en que es un paso adelante para hacernos de enfoques no parcialistas o fragmentalistas, ya que una de las mayores insuficiencias de los enfoques médicos medicalistas es la ruptura conceptual y metodológica entre cuerpo y personalidad humanos, aparte del consabido marginamiento de los enfoques preventivos hacia los problemas denominados de la salud.

La psicología, para convertirse en una profesión eficaz y en contraste con el medicalismo médico psiquiátrico habrá de actuar preponderantemente desde y hacia planos preventivos e integrales respecto a la convivencialidad y la mentalidad de los seres humanos.

Por su parte Jervis menciona que, la mente o psique no es un objeto que pueda ser sometido a terapia, como el hígado o la sangre. Mente es una metáfora animista que indica algunas de las funciones operativas del individuo (y en especial la inteligencia, la afectividad y la consciencia de sí mismo); estas funciones sirven para mantener las relaciones más complejas con otras personas y con el mundo exterior. La mente es una de las funciones de un órgano preciso, el cerebro. A partir de ahí, volviendo una vez a la ideología médica, se supone que en los trastornos mentales es el cerebro el que debe de ser tratado; pero una vez más no es así, en la gran mayoría de los casos no sólo el cerebro no demuestra ninguna alteración, sino tampoco parece que deba ser considerado un órgano que funcione mal, y por tanto directamente imputable de las dificultades del individuo. Nadie puede ver su propia mente o sus dificultades psicológicas, únicamente puede vivirlas. Nadie puede ver los

mecanismos a través de los cuales elabora recuerdos, experiencias, emociones, para reaccionar al ambiente: se carece de un punto de vista exterior a la propia mente. (Jervis, citado en Ascencio, 1995; Gómez 2004; Y Olvera, 2005)

En términos sociológicos se considera sana a una persona que se comporte de acuerdo con una serie de normas establecidas (...) Los factores sociales también influyen en la determinación sociológica de la salud mental (...) Desde el punto de vista del funcionamiento cerebral anormal el fenómeno es distinto. Es probable que la gente que no está de acuerdo con la sociedad en la que vive no sean locos ni maniacos, sino gente buena e inteligente (...) En realidad no debería hablarse de salud mental, sino de salud cerebral, al igual que no se habla de salud respiratoria, sino de salud pulmonar (Krech, citado en Gómez, 2004).

Por su parte, lo psicosocial está constituido por las cogniciones y la emocionalidad producto del aprendizaje, es decir; aquellas simbolizaciones y sentimientos producto de la internalización de las convenciones que la aculturación han implantado en la mente de las personas. La variedad de los aspectos psicosociales, por ende, es de un rango tanto o más complejo que el de los psiconaturales.

Lo que hay detrás del etiquetamiento a alguien como mentalmente enfermo son juicios complejos y excluyentes, sea sobre su modo de vivir, sobre el llamado sistema de relación o sus maneras de convivir. Esto último es mucho más asunto social que biológico; es más bien una cuestión predominantemente social y sólo parcialmente orgánica o médica. Desde luego, siendo admisible la posibilidad de alguna implicación de orden neuropatógena, sin embargo, para demostrar su existencia debiera actuarse del mismo modo que en criminalística: hasta no comprobar lo contrario, a nadie se le puede atribuir alteraciones o disfunciones neurológicas o, tradicionalmente dicho: enfermedades mentales.

La importancia de explicitar el modelo genérico de ser humano no se reduce al juicio sobre quienes son mentalmente normales (o mentalmente íntegros) y quienes son enfermos mentales, sino que alcanza también los criterios del buen y el mal comportamiento, además de los parámetros desde los que se clasifica a las personas como antisocial, transgresor, delincuente o sociópata.

En la perspectiva médica, la salud mental comprende la capacidad de contribuir a modificar la realidad y a sí mismo, con imaginación sociológica, vinculaciones afectivas profundas, condiciones para establecer relaciones y contradicciones, tolerancia a la frustración y a la ambigüedad.

Desde esa visión sobre la salud mental, aún siendo una visión fecunda, crítica y propositiva, de todos modos, inadvertida e inevitablemente se dejan abiertas las compuertas al medicalismo psiquiatrista a la hora de

teorizar sobre el comportamiento, y se apuntala con ello su presencia en las tareas profesionales de los psicoespecialistas.

Sucede así, a pesar de los criterios de salud mental adoptados se admiten como opuestos a la pasividad o al conformismo ante la realidad y ante sí mismo, o bien a la ausencia de imaginación, y aún también como contrarios a los vínculos afectivos superficiales, a la ausencia de condiciones para establecer relaciones y contradicciones y además a tener la capacidad de tolerar frustración y ambigüedad.

La igualdad y la armonía forman la esencia de la salud y de toda perfección en general, y por ello mismo el concepto de “sano” se extiende hasta formar una idea normativa universal aplicable al mundo y a cuanto vive en él, pues sus bases, la igualdad y la armonía, son las potencias que crean lo bueno y lo justo en todos los órdenes de la vida (...) A la idea de salud mental se asocian con frecuencia enunciados que retienen el sabor de la ética, el fervor religioso, la inclinación filosófica personal, la invalidez de ciertos conceptos psicológico, la relatividad de los juicios de valor y aún la imposición de declaraciones políticas (...) Cabe decir entonces, y ésta es la conclusión a la que llegamos, que la enfermedad mental es a la vez *un déficit de la organización progresiva del ser y un modo regresivo de la existencia* (...) El interés primordial de la psiquiatría (y por ello es una especialidad) se dirige hacia el cómo y el por qué un individuo que posee un equipo “biológico” determinada falla en alcanzar el desarrollo psíquico esperado (Gómez, 2004).

Coincidiendo con lo expuesto por Velasco (Gómez, 2004), tiene la cautela que exige tratar un asunto de precisiones tan azarosas: Parece pues que Lewis tiene razón, tenemos a la salud mental como un mero ideal, un ideal socio-biológico al cual podemos acercarnos, pero que permanece inalcanzable, como un modelo preñado de valores éticos y no de conceptos científicos. Si esto es así, entonces el psiquiatra, que ya tiene problemas para definir las enfermedades que intenta curar, debe aceptar también la indefinición científica de lo que busca restablecer en sus enfermos, cediendo al análisis filosófico lo que debiera ser conocido por el método de la ciencia.

Finalmente puede admitirse que las formas de comportamiento son indicios o indicadores de los estados mentales de las personas, pero esto no valida suponer que los indicadores constituyan el fenómeno; es decir, que puedan ser tratados como indicadores no conduce a la aseveración de que su significado único sea el estado de salud o enfermedad (es decir, integridad neural) de las personas.

En otras palabras, suele insistirse desde hace décadas en que se requiere un despliegue de acciones preventivas psicológicas en una medida mucho mayor que las de intervención “psicoterapéutica”, post-daño acciones preventivas que, por cierto por su parte la medicina no ha logrado tampoco implantar en su práctica

profesional y desde ello lograr una mayor eficacia en la ampliación de mejores niveles de integridad orgánica de la población contemporánea.

Ahora que en determinadas condiciones adversas o amenazantes (como las actuales sobre la extendida inseguridad en el D. F.), aquellos estados del comportamiento y la subjetividad tradicionalmente aceptados como anormales, especialmente los paranoides y de ansiedad, se convierten en normales y hasta necesarios, ya que ante un posible asalto o choque automovilístico si no se afronta y enfrenta con fuerza y madurez psicológica las personas pueden entrar en shock; es decir, tales estados, lejos de ser trastornos combatibles, son mecanismos obligados para resistir la extendida hostilidad social.

PROPUESTA

El estereotipo del psicólogo se reduce ante la sociedad a ser el ayudante del psiquiatra y/o del médico; o ser un profesionista con un campo laboral exclusivamente ligado a personas que sufren demencia; usualmente conocida como locura. Sin embargo, su campo laboral es mucho más amplio a lo anteriormente mencionado; ya que el psicólogo se especializa en la conducta y esto hace que pueda penetrar en todos los aspectos ambientales (físico y social) e individuales que afectan el comportamiento de una persona (Vargas, 2007).

Uno de sus objetivos es el trabajo con individuos, así como con micro y macro grupos urbanos, rurales o indígenas en el ámbito de la salud, la educación, el trabajo, la organización social, ecología, política, deportes, medios de comunicación, tecnologías de aprendizaje (software educativos) en fin, en cualquier lugar en donde se vean inmiscuidas personas. Es un campo en el que se puede desarrollar un psicólogo pues este es el experto en lo que las personas hacen (conducta y comportamiento, formas y modos de vivir).

El Psicólogo es un profesionista capacitado y formado para abordar las relaciones objetivo-subjetivas de los individuos, los microgrupos y los macrogrupos; describe y explica los fenómenos de la realidad psicosocial y cuenta con los conocimientos y habilidades para evaluar y diagnosticar, además de elaborar y desarrollar programas de atención y prevención a los problemas psicológicos.

La Psicología Clínica moderna ha tenido un cambio de énfasis ampliándose del sólo interés por el sujeto enfermo o anormal, al interés por el sujeto normal que enfrenta problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia, o en la vida profesional, o debido a la exposición de situaciones extremadamente difíciles. Esta evolución no ha restringido de ningún modo el trabajo tradicional en la prevención y el tratamiento de las

enfermedades mentales; campo en el que muchos psicólogos clínicos y psiquiatras están actualmente cooperando o compitiendo, pero al final de cuentas: trabajando.

Si como se señaló es un hecho que el campo de acción de la Psicología Clínica, se ha expandido, se debe suponer que existe una demanda de servicio creada por el aumento de las complejidades de la vida moderna junto con un aumento del interés por el bienestar del individuo. Un ejemplo es el de las operaciones cardíacas que han producido nuevas clases de situaciones para los seres humanos que hace años habrían tenido una menor esperanza de vida. La Psicología Clínica moderna reconoce que los seres humanos normales se enfrentan a situaciones que no han sido preparados para afrontar. También está dando una gran atención a los aspectos preventivos además del enfoque clásico hacia el tratamiento. Nuestro país se caracteriza por agudos contrastes en el desarrollo económico, político y social por lo que ha requerido de la contribución de varias disciplinas para dar solución a estos problemas. Por lo anterior, debido a que cuenta con una sólida metodología, principios y conocimientos empíricamente evaluados, durante los años recientes, la psicología ha adquirido un papel fundamental como una opción obligada e importante dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud, la educación, y la productividad, entre otras.

Sin embargo, dado que México se está transformando para mejorar sus niveles de vida, la situación actual de las instituciones está cambiando también haciendo evidente la necesidad de formar profesionales que respondan a estos cambios en diversas áreas que ayuden analizar, detectar, entender y resolver problemas de salud tanto en personas normales como con enfermedades mentales en donde participen de manera preponderante los aspectos preventivos, y el uso óptimo de los recursos financieros y humanos.

El psicólogo clínico que enfrente los retos antes señalados podrá hacerlo de manera eficiente si cuenta con el siguiente perfil de habilidades desarrolladas durante su formación profesional y a lo largo de su ejercer cotidiano (Jurado, 2007):

- * Observación.- análisis y detección de registros comportamentales, expedientes clínicos, escolares, observaciones individuales y grupales.
- * Diagnóstico.- aplicación e interpretación de instrumentos psicológicos que le permitan tener elementos suficientes para emitir un juicio diagnóstico. Implica la integración de los datos recabados.
- * Entrevista.- realización de entrevistas según las necesidades individuales, grupales, familiares, en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
- * Comunicación.- capacidad de redacción de informes, programas, ensayos, reseñas, artículos.
- * Intervención.- selección diseño y aplicación de estrategias que le permitan ofrecer orientación y terapias para resolver problemas en su campo de acción.

- * Pronóstico: posibles resultados de la psicoterapia que de acuerdo con el paciente pueden o no llegar.
- * Prevención y desarrollo.- participación en actividades dirigidas a la capacitación, actualización y supervisión de colegas y del personal en los escenarios institucionales.
- * Planeación.- participar en el diseño de programas y proyectos relacionados con la salud y el bienestar de los usuarios, en escenarios públicos y privados, relacionados con la práctica profesional del psicólogo.
- * Evaluación.- seleccionar y aplicar métodos, técnicas, instrumentos y procedimientos en el proceso de investigación científica.
- * Investigación.- diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación aplicada, acerca de los riesgos de salud de la población usuaria de los servicios de atención clínica.

Para enfrentar estos retos se ha adoptado en diferentes países el concepto de competencias, directamente relacionado con los problemas nacionales de formación y enseñanza profesional. Lo anterior se traducirá en el aumento de la calidad del ejercicio profesional (que habrá de trascender en un mayor nivel de bienestar) así como en la remodelación de la educación superior orientada a servir como medio de acceso a la justicia social y a una mejor distribución del ingreso. Todo esto en un marco voluntario que aliente al profesional a mantener altos estándares de calidad y a una sociedad que valore y premie el mérito académico.

Podríamos decir que los campos de actuación del psicólogo son muy variados, pero si éste se haya interesado predominantemente en los problemas psicológicos de la salud, tiene que ubicarse en el campo de la salud mental.

Pero al mismo tiempo, tomemos como un fracaso a la práctica psicológica desde un punto de vista social si los psicólogos quedan exclusivamente y en su gran proporción limitados a la terapia individual. La función social del psicólogo clínico no debe ser básicamente la terapia, sino la salud, y dentro de ello la salud mental. El psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la salud mental/salud psíquica y no esperar que la gente enferme para poder intervenir. Esto se puede realizar con programas orientados hacia la prevención del deterioro psicológico o del bienestar psicológico donde las personas asistan.

De esta manera ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos. El énfasis de la salud mental se traslada así de la enfermedad a la salud, y, con ello, a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos.

Por ello el psicólogo puede ofrecer sus servicios a través de las siguientes instancias: escuelas, centros de salud, consultorio psicológico, dependencias gubernamentales dedicados a la prevención del deterioro del

bienestar psicológico/salud psíquica y demás lugares donde se pueda y requiera de los servicios del psicólogo. Y con ello promoviendo cambios de actitud en él como profesional y en las personas que ahí atiendan sus malestares, quejas, problemas y otros tantos adjetivos que se emplean frecuentemente:

1. Educación para la Salud en las Escuelas:

- a) Trabajo de asesoramiento a profesores sobre las aportaciones de la psicología al ámbito del aprendizaje y del desarrollo.
- b) Escuela de padres: Entrenamiento de los padres en habilidades de resolución de problemas de conducta, desarrollo de habilidades y pautas de crianza.
- c) Desarrollo de centros de interés con los escolares sobre temas de salud y desarrollo de habilidades sociales.
- d) Estrategias conjuntas colegio - familia para prevenir el fracaso escolar.

2. Planificación Familiar:

- a) Desarrollo de habilidades de resolución de problemas que plantea la introducción de un método anticonceptivo en la vida de pareja.
- b) Desarrollo de habilidades de promoción de las conductas eróticas en la pareja.

3. Educación materno - infantil

- a) Psicoprofilaxis del parto.
- b) Habilidades de relajación.
- c) Habilidades de manejo del estrés.
- d) Aprendizaje por parte de los padres de destrezas de estimulación temprana del bebé y de habilidades de observación detallada e incidencias del mismo.

4. Prevención de enfermedades cardiovasculares:

- a) Detección de factores psicosociales de riesgo.
- b) Aprendizaje de habilidades de manejo:
 - del estrés
 - control de ingesta de alcohol.
 - de ejercicio.
 - de control de dieta.
 - Control del tabaco.

5. Diseño del entorno:

- a) Limitación de lugares de riesgo que fomenten hábitos inadecuados de salud.
- b) Asesoramiento a parejas.
- c) Asesoramiento en temas de urbanismo.
- d) Implementación de hábitos a las personas

Este tipo de programas se han implementado, realizado y se realiza en los DIF, y en la FES Zaragoza en sus diferentes UMAI (Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral), por ello y para ello cuando la persona no atiende o asiste a psicoterapia es necesario que los profesionales de la salud mental (los psicólogos) salgan a ofrecer sus servicios e inviten a las personas a ser parte de este tipo de programas, en sus respectivas colonias; y no porque el profesor lo haya solicitado o en su defecto el médico (raro el caso). Asimismo se puede aplicar el programa de prevención comunitaria que plantea Montero (1994) para hacer una evaluación integral de que se necesita en determinada comunidad.

Por lo tanto, la salud psíquica debe ser para el psicólogo una tarea que promueva el desarrollo integral de las potencialidades del ser humano. Una actividad que asume para la intervención, no sólo la especificidad del fenómeno de los desórdenes psíquicos sino la totalidad del sujeto, incluidas sus necesidades materiales, su contexto y sus relaciones sociales.

Hay evidencia empírica de que son útiles algunos programas de identificación e intervención temprana. Todo puede ayudar a que el niño tenga un desarrollo psicoemocional más sano. La salud mental del bebé está en su propia infancia, aunque cada vez hay mayor evidencia de la importancia de la intervención temprana para prevenir o modificar el curso de la psicopatología del niño (Maldonado, 2002).

Tomando como referencia a Hernández y Sánchez (1991) sin salud mental/salud psíquica o bienestar psicológico/emocional no puede haber bienestar individual o familiar, educación ni producción. Los problemas emocionales y adaptativos, en el mejor de los casos, perturban toda actividad humana y, en el peor, la destruyen. Así, los problemas de salud mental tienen un alto costo en términos de salud pública, bienestar, productividad y recursos económicos.

La prevención en el campo de la salud mental/salud psíquica o bienestar psicológico/emocional puede considerarse con toda propiedad como un área integrativa que puede fundir nuestro conocimiento sobre la etiología de los desordenes mentales, las relaciones familiares y la psicodinámica individual, por una parte, y por otra las fuerzas y presiones sociales que se conjugan para producir desorganización individual y colectiva de lo que llamamos trastorno emocional.

Una porción muy importante de los problemas de salud mental no se asocia directamente con un solo factor que los desencadena. Se ha señalado que la mayoría de ellos son problemas multifactoriales es decir, no es un único factor el que rompe el equilibrio de la salud, sino una multiplicidad de factores. A este enfoque, se le ha llamado interaccionista o contextual, propone que la patología no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino de la interacción entre factores y componentes de un sistema. La patología emerge, de acuerdo con

este punto de vista, de una combinación de elementos que interactúan de diversas maneras y que desestabilizan a un organismo que funcionaba previamente de modo aceptable. El surgimiento de una condición patológica requiere de la comprensión de una serie de interacciones que existen entre los factores que afectan al individuo. Es dentro de este contexto, que la Teoría General de Sistemas, propuesta inicialmente por Ludwig Von Bertalanffy (1968), resulta especialmente útil. Su enfoque se centra en las interacciones entre los elementos de un sistema.

Desde el punto de vista de la salud mental, el enfoque sistémico ofrece una serie de ventajas. Por un lado, se amplía o se mejora la apreciación de la patología si se le ubica dentro de un contexto en el que se consideran todas las propiedades sistemáticas del organismo bajo estudio y, por el otro, el tratamiento y la prevención eficaces se planean mejorar al considerarse la interacción de diversos factores afectando al organismo como un sistema.

De acuerdo con la aplicación de la teoría general de sistemas, para el estudio del comportamiento individual la unidad más pequeña y apropiada de análisis no es la conducta individual, sino una secuencia de interacciones que siguen un patrón de relaciones entre el individuo mismo y el sistema al que pertenece. La unidad de importancia es el sistema de miembros que guardan una relación mutua e interdependiente y no la conducta individual aislada de su contexto.

El modelo sistémico no sólo se ha aceptado como una justificación primaria para los esfuerzos de intervención y prevención enfocados a la familia, sino que se ha incorporado a las teorías de disfunción familiar y a los modelos clínicos para el tratamiento individual. Esta perspectiva toma en cuenta la complejidad de relaciones que pueden darse entre las influencias familiares y el deterioro de la salud mental en el individuo, e incorpora los principios de la teoría general de sistemas al estudio del desarrollo de sintomatología de problemas de salud mental a lo largo de la vida del individuo.

Es necesario, además, un cambio de mentalidad de los prestadores de servicios que los haga comprender que la atención psicológica y médica a los individuos debe integrarse con acciones de fomento a la salud que busquen superar las condiciones de vida, de bienestar y salud de las personas (Álvarez, 2005; y Vargas, 2004). Solo así el psicólogo que se ocupa de la salud mental podrá superar tradiciones y limitaciones que lo encadenan al pasado.

CONCLUSIONES

Aunque los orígenes de la rama Clínica de la Psicología se pueden rastrear hasta la edad media, es a partir del Siglo XIX que surgen diferentes teorías, escuelas, o corrientes psicológicas (Psicoanálisis, S. Freud; Psicología Analítica, K. G. Jung; Psicología Individual, A. Adler; Posfreudianos, Anna Freud; Terapia Gestáltica, Fritz y L. Pearls; Psicoanálisis Humanista, K. Horney; El Ciclo Vital, E. Erikson; la Psicología Somática, W. Reich; el Conductismo Radical, B.F. Skinner; la Terapia Centrada en la Persona, C. Rogers; la Psicología Transpersonal, A. Maslow; la Terapia Racional Emotiva, A. Ellis; la Terapia Cognitiva, A. Beck, y más recientemente la Terapia Cognoscitivo Conductual) que han servido a hombres y mujeres para resolver problemas personales, mejorar la crianza de los hijos, enriquecer la comunicación y propiciar tanto el crecimiento personal como el desarrollo espiritual.

La Psicología Clínica moderna ha tenido un cambio de énfasis ampliándose del sólo interés por el sujeto enfermo o anormal al interés por el sujeto normal que enfrenta problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de la exposición a distintas condiciones ambientales de estrés en la familia, o en la vida profesional, o debido a la exposición de situaciones extremadamente difíciles. Esta evolución no ha restringido de ningún modo el trabajo tradicional en la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales; campo en el que muchos psicólogos clínicos y psiquiatras están actualmente cooperando o, a veces, compitiendo.

La Psicología Clínica moderna reconoce que los seres humanos normales se enfrentan a situaciones que no han sido preparados para afrontar. También está dando una gran atención a los aspectos preventivos además del enfoque clásico hacia el tratamiento. Nuestro país se caracteriza por agudos contrastes en el desarrollo económico, político y social por lo que ha requerido de la contribución de varias disciplinas para dar solución a estos problemas. Por lo anterior, debido a que cuenta con una sólida metodología, principios y conocimientos empíricamente evaluados, durante los años recientes, la Psicología ha adquirido un papel fundamental como una opción obligada e importante dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud, la educación, y la productividad, entre otras.

Sin embargo, dado que México se está transformando para mejorar sus niveles de vida, la situación actual de las instituciones está cambiando también haciendo evidente la necesidad de formar profesionales que respondan a estos cambios en diversas áreas que ayuden a analizar, detectar, entender y resolver problemas de salud tanto en personas normales como con enfermedades mentales en donde participen de manera preponderante los aspectos preventivos, y el uso óptimo de los recursos financieros y humanos.

El psicólogo clínico que enfrente los retos antes señalados podrá hacerlo de manera eficiente si cuenta con el siguiente perfil de habilidades adquiridas durante su formación profesional: Observación, Diagnóstico, Entrevista, Comunicación, Intervención, Pronóstico, Prevención y desarrollo, Planeación, Detección, Evaluación, Rehabilitación, Investigación,

Para el psicólogo clínico el área de dedicación prioritaria es de salud mental. El tipo de intervención que se realice dependerá de la población en la que tenga que intervenir (infantil, adolescentes, adultos y ancianos) así como del carácter de la intervención (preventiva, tratamiento y/o rehabilitación). En lo que se refiere al tratamiento, los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan, solos o en equipo con otros profesionales (médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermería) de la salud mental, los trastornos y patologías que se enmarcan en los siguientes epígrafes:

Trastornos de inicio en la infancia o en la adolescencia; Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; Trastornos mentales debidos a enfermedad médica; Trastornos relacionados con el uso de sustancias; Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; Trastornos del estado de ánimo; Trastornos de ansiedad; Trastornos somatoformes; Trastornos sexuales y de la identidad sexual; Trastornos de la conducta alimentaria; Trastornos del sueño; Trastornos del control de los impulsos; Trastornos adaptativos; Trastornos de la personalidad. Entendidos éstos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 o del DSM-IV.

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

Lo anteriormente citado da evidencia de cómo el término de salud mental es un tema de constante controversia, ya que dentro de la medicina la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad mental o trastorno mental, mientras que en la psicología denota amplios significados o polisemia.

Para nuestros fines es conveniente cambiar la palabra *salud mental* por *salud psíquica* o *bienestar psicológico*, ya que la salud psíquica o bienestar psicológico es aquel estado en el cual la persona se siente satisfecho y/o realizado en sus diferentes esferas como son: en el ámbito personal, social y profesional, pasando

por estados de bienestar afectivo, autonomía y aspiración por la vida; es decir, una persona con bienestar psicológico o salud psíquica tiene adecuados recursos psicológicos para lidiar con las presiones de su vida; una respuesta exitosa ante las presiones requiere que se tengan apropiadas habilidades cognitivas así como creencias y opiniones que sean consistentes con la realidad.

Se mencionaron las diferentes posturas con relación al término *salud*, unas demasiado concretas y otras específicas, donde todas y cada una de ellas tiene una particularidad que la hace diferente de las demás pero al final de cuentas concibiendo a la salud desde su postura y llegando a lo mismo: ausencia de enfermedad. Pero para nuestra investigación la que podría ser el ideal u óptima en términos de salud retomando partes de cada autor quedaría de la siguiente manera: Salud es el completo estado de bienestar físico, menta, social y espiritual de tal manera que el individuo interacciona con su ambiente, y donde el sujeto es el resultado de la relación entre los factores físicos, psicológicos, socioculturales y económicos, además de comportamientos de bienestar que ayuden a prevenir enfermedades, promover y promoviendo la salud individual y familiar mejorando la calidad de vida de cada individuo-persona y a nivel colectivo social.

Dentro del capítulo dedicado a la salud mental, pudimos dar evidencia de las diferentes posturas con relación a lo que cada autor maneja con relación al tema. Como se dijo con anterioridad, el tema y término de salud mental ha sido bastante manoseado y ocupado para los diferentes fines que este conlleva. En el modelo predominante es decir el médico, hace referencia a que la salud mental es simplemente la ausencia de la enfermedad, esto quiere decir que la mayoría de las veces se remiten al factor de ausencia de trastorno mental o enfermedad mental (psicosis, esquizofrenia) y en el mayor de los casos es atendido por un médico psiquiatra que lo medicaliza a uno o lo remite a un psiquiátrico.

Por otro lado tenemos la postura en psicología la cual concibe a la salud mental como un estado óptimo a nivel físico, intelectual y afectivo de la persona, en la cual puede establecer relaciones armónicas con otros hombres, para participar y contribuir de manera constructiva en las modificaciones de su ambiente. En este sentido desde mi punto de vista las dos posturas o concepciones en salud mental importantes dentro de la psicología serían: *la salud mental como presencia de atributos individuales positivos* planteados por Jahoda, donde esta psicóloga social considera a la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo, la resolución de conflictos, entre otros. Y por otro lado encontramos *el modelo de salud mental general* de Warr, el cual está centrado en el estudio de los determinantes del medio social sobre la salud mental. Este modelo se basa en cinco componentes principales como son: bienestar afectivo, capacidad, autonomía, aspiración y funcionamiento integral.

A lo largo de la revisión de la literatura con relación al tema, pude constatar que la mayoría de los autores conciben a la salud mental como lo anteriormente expuesto en párrafos anteriores, sin embargo hubiese sido de gran utilidad o en su defecto encontrar materiales en los cuales hicieran referencia de que la salud mental independientemente de ser un cúmulo de atributos y características, también contemplasen otras características como son: autoestima, autoconcepto, asertividad, comunicación, y otras tantas que podríamos encontrar. Puede que de esta manera lo citado se encuentre entre líneas pero al respecto debería haber algún libro o manual que refiriese lo expuesto.

No se dejan de lado los diferentes autores con sus respectivas definiciones o apreciaciones con relación al tema, sin embargo todos y cada uno de ellos dan muestra de cuan importante es el tema y lo conciben desde su punto de vista.

Así de esta manera damos un salto enorme y nos referimos a la salud mental comunitaria (SMC) donde podemos decir que es el área que se dedica a la intervención centrada en el cambio dentro y en los sistemas sociales de prestación de servicios clínicos o médico tradicionales; es decir, es el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida y nivel de salud mental de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. En pocas palabras, que respondan eficazmente a las necesidades de la comunidad.

Pero yo pregunto, realmente aquí en México ¿cuándo se ha presentado este tipo de programas en zonas rurales o marginadas? Ya que la mayor parte de las veces nos encontramos en la calle con aquella persona que padece de sus facultades mentales y la sociedad, el gobierno o la Secretaría de Salud ¿qué hace al respecto?

Otro aspecto a considerar es la psicología comunitaria, la cual se ocupa del desarrollo de las fortalezas y capacidades de las personas, más que en las debilidades o carencia. Es decir, la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Así, se hacen críticas al modelo médico y a la psicología, pero es necesario que el profesional psicólogo ocupado o dedicado a la salud psíquica o bienestar psicológico tome en cuenta lo anteriormente escrito y proporcione servicios eficaces a la comunidad o al individuo que solicite sus servicios.

En la actualidad nos encontramos en un gran problema, ya que antes si el profesional psicólogo se especializaba en determinadas áreas o problemas, ahora debe ser multifuncional y claro sin ser abarcativo, tiene que asumir cierta postura ante determinada queja que presente el paciente en el consultorio, clínica, escuela y demás lugares donde se pueda crear un ambiente para lo básico en psicoterapia que viene siendo la intervención en crisis o la terapia de apoyo. Claro pero versa un dicho: "zapatero a sus zapatos", ya que la mayoría de las veces los psicólogos quieren asumir ciertos papeles que están fuera de su alcance y terminan por dejar en mal el papel o desempeño del psicólogo. Sucede lo mismo con la medicina, llega un sujeto a consulta y lo atienden, sale del consultorio pensando que encontró la cura a sus problemas o enfermedad, sin embargo se da cuenta de que no es así y etiqueta al médico de inepto y cambia de médico y sucede lo mismo una y otra vez. En resumen muchas veces se desacredita la labor del psicólogo pero por intervenciones o interpretaciones erróneas por parte del mismo, ya sea por falta de experiencia o por falta de teoría, y conviene invitar a todo psicólogo a que vea primero los intereses de la persona.

De esta manera en la propuesta manejada en este material se ofrece un programa que usualmente se emplea como propedéutico a la salud mental. Este tipo de programa se puede implementar a nivel individual o grupal dependiendo de las necesidades que prevalezcan en el momento; es decir, para evitar el deterioro psicológico (situaciones experimentadas por las personas debidas a problemas no elaborados o trabajados en psicoterapia que conllevan a serios dificultades a nivel laboral, social, familiar, interpersonal) es conveniente invitar a toda persona interesada en su salud (y salud psíquica sinónimo de salud mental) a este tipo de cursos, talleres, pláticas, grupos de autoayuda o como se les quiera llamar y de esta manera retomando la postura en psicología comunitaria, la de potenciar capacidades y habilidades en personas que así lo requieran con la finalidad de ayudar y prevenir el deterioro psicológico hasta el trastorno mental.

Y de igual manera si se deseara realizar una prevención a nivel comunitario, puede ser conveniente llevar a cabo lo realizado y propuesto por Montero (1994) con su programa de prevención comunitaria, el cual tiene por finalidad ayudar a la población a enfrentar mejor las condiciones del ambiente a efecto de proteger a sus habitantes de la generación de trastornos que resultan penosos y perjudiciales, incluso ayudando a la producción de acciones concretas tendientes a modificar las condiciones mismas del ambiente en que se desenvuelven.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. R. (2002). *Salud Pública y medicina preventiva*. México: El Manual Moderno.
- Álvarez, A. R. (2005). *Educación para la salud*. México: El Manual Moderno.
- Álvarez, J. L., Torregrosa, J. R., y Garrido L. A. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. España: Siglo XXI.
- Álvarez, J. L., Torregrosa, J. R., y Garrido L. A. (1996). *Psicología Social Aplicada*. España: Mc Graw Hill.
- Ascencio, H. L. (1995). *El proceso del trabajo y su relación con la salud mental*. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM FES Zaragoza, México.
- Ayala, R. K. (2002). *Relación entre satisfacción laboral y salud mental*. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM Facultad de Psicología, México.
- Bastide, R. (1983). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Beaglehole, R., Bonita, R., y Kjellström, T. (1999). *Epidemiología básica*. Organización Panamericana de la Salud.
- Cabildo, H. M. (2002). *Salud Mental*. Enfoque preventivo. México: Imprenta Unión.
- Calderón, N. G. (1992). *Salud Mental Comunitaria*. Un nuevo enfoque de la psiquiatría. México: Trillas.
- Caraveo, J., Martínez, N., y Rivera, B. (1998). Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud mental*, 21 (1), 48-56.
- Colomer, R. C., y Álvarez D. C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Costa, M. y López, E. (2007). *La Psicología Comunitaria: Un nuevo paradigma*. **Recuperado el 23 de enero de 2007, de <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=29>**
- De la Fuente, R. (1997). *Salud Mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica.
- Díaz, M. A. y Jiménez R. E. (1999). Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, Número Especial, 154-158.
- Fromm, E. (1994). *La patología de la normalidad*. España: Paidós.
- Fromm, E. (2000). *El arte de amar*. México: Paidós Biblioteca Erich Fromm.
- Gómez, P. G. (2004). *Apreciaciones teórico-metodológicas; una mirada desde la psicología*. México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Hernández, G. L. y Sánchez, S. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (2), 83-90.
- Hombrados, M. M. (1996). *Introducción a la psicología comunitaria*. Málaga: Aljibe.

- Jervis, G. (1977). *Manual crítico de psiquiatría*. Barcelona: Anagrama. Colección Elementos Críticos 10.
- Jiménez, B. M. (1998). *Salud Mental en la población estudiantil de la Facultad de Psicología*. Un estudio epidemiológico-descriptivo. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM Facultad de Psicología, México.
- Jurado, C. S. (2007). *Perfil del Psicólogo Clínico*. **Recuperado el 23 de enero de 2007, de <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/srfrhs12.html>**
- Kolb, L. C. (1992). *Psiquiatría Clínica Moderna* (3ª reimpr.). México: La Prensa Médica Mexicana.
- Laurie, C. A. y Curry, K. V. (1987). *Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental*. México: El Manual Moderno.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25 (4), 42-55.
- López, L. M. (1993). *Salud Pública*. México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Maldonado, D. J. M., Saucedo, G. J. M., Lartigue, T., y Karacostas, V. (2002). La salud mental del bebé. Nuevas evidencias. *Salud Mental*, 25 (6), 59-67.
- Martínez, S. (1997). El proceso del trabajo y la integridad mental de los obreros. México: UAM Xochimilco.
- Matrajt, M. (1987). *Las enfermedades mentales en la República Mexicana*. México: Taller Abierto.
- Montero, M. (1994). *Psicología social comunitaria*. Teoría, método y experiencia. México: Universidad de Guadalajara.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Argentina: Paidós Tramas Sociales.
- Muchinsky (1994). *Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la psicología industrial y organizacional*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Olvera, M. M. I. (2005). Estrés en el trabajo y sus repercusiones en la integridad mental del trabajador. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM FES Zaragoza, México.
- Peck, R. F. y Mitchell, J. V. (1970). *La Salud Mental*. Argentina: Librería del colegio.
- Phares, E. J. (2000). *Psicología Clínica*. Conceptos, métodos y prácticas. México: El Manual Moderno.
- Price, R. H. (1981). *Perspectivas sobre la conducta anormal*. México: Interamericana.
- Roque, P. (1995). *Higiene Mental*. México: Publicaciones Cultural.
- Salazar, J. M., Montero, M., y Muñoz. (1999). *Psicología Social*. México: Trillas.
- San Martín, H. (1989). *Manual de Salud Pública y medicina preventiva*. España: Masson.
- Sánchez, R. M. (2005). *Elementos de salud pública*. México: Méndez.
- Sánchez, V. A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Barcelona: PPU.

- Szasz, T. (1986). *El mito de la enfermedad mental*. Razón, locura y sociedad. México: Siglo XXI.
- Tapia, C. R. (2005). *El Manual de Salud Pública*. México: Intersistemas.
- Vargas, O. F. (2004). *Educación para la salud*. México: Limusa.
- Vargas, J. E., Castro, C. R. y Fernández, R. J. (2007). *Perfil profesional del Psicólogo*. **Recuperado el 23 de enero de 2007, de**
<http://www.cuc.udg.mx/psicologia/PERFIL%20PROFESIONAL%20DEL%20PSICOLOGO.html>
- Vega, F. L. (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México: El Manual Moderno.
- Vroom, V. H. (1979). *Motivación y alta dirección*. México: Trillas.
- Zax, M. y Gerald, A. S. (1979). *Introducción a la psicología de la comunidad*. México: El Manual Moderno.