

LA PREGUNTA POR LA SALUD MENTAL: UN CONCEPTO DISGREGADO

Paula Andrea Díaz Giraldo¹

Resumen

La definición del concepto de salud mental, a pesar de su formalización en la OMS en 1950, ha presentado diversas problemáticas que se remontan tanto a la investigación en este campo, como a los intereses políticos que pueda conllevar el término; pero fundamentalmente nos remite a una larga disputa en la psicología que se puede plantear en la siguiente pregunta: ¿qué es más relevante en la psicología al hablar de la salud mental, los modelos psicosociales o los modelos biomédicos? Para abordar esta pregunta se toma como eje narrativo la profundización en los modelos psicosocial y biomédico enfatizando en sus respectivas críticas e implicaciones.

Palabras claves: salud mental, modelo psicosocial, modelo biomédico, enfermedad mental, trastorno mental.

Introducción

Si tomamos un momento para ver y darnos cuenta de los movimientos a gran escala que se están dando globalmente, es curioso notar el creciente interés por la salud mental. El “boom” de la salud mental es un fenómeno que se ha venido gestando desde hace varias décadas y que ahora conquista una parte considerable de nuestra actualidad mediática, tanto en redes sociales como en la televisión se habla constantemente y se difunde el término de

¹ Estudiante de psicología, Universidad de Antioquia.

salud mental, ésta se ha convertido en un tema prioritario, no sólo en las conversaciones cotidianas, sino en materia de políticas públicas.

No cabe duda que el tema de la salud mental, o más específicamente de los trastornos mentales -también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento (Valencia Collazos, 2007)-, se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de la población, según la OMS se estima que:

(...) 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. Una de cada 4 personas se verá afectada por algún trastorno mental en su vida según estadísticas de la OMS, publicadas en 2001. Se calcula que una de cada 4 familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, citado en Valencia Collazos, 2007)

Con respecto al fragmento anterior hay que tener en cuenta además que muchas de las personas que poseen un trastorno mental no reciben una atención adecuada a lo largo de su vida, y el costo per se de un tratamiento -no sólo hablando en términos de dinero, sino de recursos emocionales, los costos sociales, familiares, laborales, entre otros- son muy altos. Las políticas en salud mental necesitan pararse en una base sólida desde donde pueda construir sistemas de atención, tratamiento, prevención de trastornos y promoción de higiene mental que sean inclusivos y que faciliten las condiciones para una buena atención.

No obstante, en este punto se presenta un problema, no hay precisión frente al concepto de salud mental, por tanto no hay base sólida; inicialmente se conceptualizó en

términos negativos y consecuentemente marcó la pauta para delimitar la noción de salud mental, ésta sería entonces definida como ausencia de trastorno mental. Si bien el modelo teórico en que se sustenta esta definición gradualmente ha sido modificado, es clara la contradicción que hay entre la teoría y la investigación, ya que desde este segundo ámbito se sigue manteniendo la antigua concepción, esto implica que las investigaciones en salud mental se ven polarizadas en el modelo que tradicionalmente se ha encargado de concebir la enfermedad, es decir el modelo biomédico; asimismo el trastorno mental se ha reducido a una serie de signos y síntomas que funcionan como indicadores de una etiología en particular, y en este sentido la salud mental se definiría en términos de la ausencia de estos signos y síntomas, cuando se debería estar discutiendo como una condición multifactorial, como lo intenta plantear la definición de la OMS, que se revisará más adelante.

Para finalizar este apartado, es preciso señalar que en lo que resta del artículo se expondrá en primer lugar el contexto epistemológico e histórico de la problemática, y posteriormente se analizarán los postulados en pro y contra de una definición de salud mental polarizada en los modelos biomédico y psicosocial respectivamente y las implicaciones que esto conlleva.

Un vistazo a la problemática

Al revisar la definición de salud mental de la OMS da la impresión de que se trata de un modelo integrador de las posturas biológicas y sociales principalmente, con unas referencias disimuladas a lo psicológico. Sin embargo las definiciones dadas parecen estar formuladas desde perspectivas diferentes, Juan Diego Lopera Echavarría, en su artículo *Una historia del concepto técnico de salud mental: entre ciencia e ideología* (2013) presenta ambas definiciones de la OMS, la primera define el término como:

La salud mental es una condición sujeta a fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, que permite al individuo lograr lo siguiente: 1. Realizar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos que se hallan potencialmente en conflicto: 2. Poder establecer y mantener relaciones armónicas con la otra gente, 3. Participar en los cambios constructivos que ocurran en su medio-ambiente social y físico.

Con base en esta definición podemos analizar una serie de aspectos, en primer lugar, el papel de lo social y lo biológico se menciona explícitamente pero las referencias a lo psicológico se hacen maquilladas ya que si bien no menciona explícitamente la palabra, en los objetivos número 1 y 3 se refieren a fenómenos psicológicos que implican la adaptación, el autocontrol, en resumidos términos alude a conductas adaptativas. Ahora bien, la definición apunta igualmente a lo biológico como eje explicativo de la salud mental colocando así una validez importante a las condiciones materiales del organismo a la hora de hablar del concepto; por otro lado la definición subraya también lo social como eje explicativo, sin embargo teniendo en cuenta las alusiones indirectas que se le hace a lo psicológico sería más preciso utilizar el término psicosocial. Este eje psicosocial se puede ver más ampliamente en la segunda definición que plantea la salud mental como: “[...] un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, citado en Lopera Echavarría, 2013)

Es curioso el cambio que hay en la segunda definición, el papel de lo biológico se deja a un lado y entra al escenario lo psicosocial como protagonista del fenómeno que estamos abordando, con relación a la idea anterior Lopera Echavarría (2013) presenta su tesis al afirmar que el concepto técnico de salud mental se ha establecido en torno a unos propósitos

políticos e ideológicos que derivan de los objetivos planteados por la ONU con miras a la seguridad, la armonía y la felicidad, es decir apunta a impactar los marcos relacionales y los modos de vida de las personas. Igualmente el autor argumenta que con relación a la salud mental: “se detecta una discontinuidad llamativa en lo que correspondería a un desarrollo conceptual *intracientífico(...)*”, lo cual resulta paradójico en el sentido de que el concepto no sólo deriva de la salud pública sino de ramas del conocimiento como la psiquiatría y la psicología.

Aun así, también es cuestionable y resulta igualmente paradójico que a pesar de que el concepto que maneja la OMS no tiene un soporte científico-investigativo sólido, actualmente las políticas en salud mental se encuentran rebosantes de una postura epistemológica fundamentada principalmente desde la psiquiatría, que “prefiere entender la “psicosis” como un síntoma de una duradera enfermedad mental aguda o grave, resultante de un desbalance bioquímico en el cerebro que requiere tratamiento psiquiátrico, incluyendo medicación neuroléptica (también conocida como “antipsicóticos”)” (Spandler & Calton, 2009) Siguiendo esta línea argumentativa es preciso revisar la definición que da la APA como uno de los organismos representativos, que a pesar de que en el DSM se sostienen muchos postulados de un modelo biomédico, intenta poner en relieve una perspectiva contextual -en cuanto a contextos sociales y a conductas o términos psicológicos-; sin embargo al revisar la definición de la APA es importante resaltar que el término de salud mental no se menciona en el DSM IV - TR, se enfoca principalmente en la definición de trastorno mental, que por supuesto es su prioridad, no obstante frente a esto se puede pensar que el término de salud mental es de cierta forma el concepto del que todos hablan pero nadie se atreve a aseverar qué es, y en este sentido es conveniente definirlo en términos negativos como “ausencia”, en este caso de un trastorno mental.

Ahora bien, nos guiaremos con la definición que da el DSM IV - TR de trastorno mental para hacer un contraste con las definiciones de la OMS y para finalizar este apartado el DSM da paso a anclar estas problemáticas con un análisis más profundo. Antes de presentar la definición es importante contextualizar al lector, el DSM es un manual estadístico que busca principalmente clasificar y unificar el lenguaje usado para hablar de trastornos mentales con el propósito de ser una ayuda diagnóstica, sin embargo es un texto bastante polémico por muchas situaciones, en primer lugar de su carácter estadístico se infiere un margen de error existente a la hora de trabajar con poblaciones, en segundo lugar el querer establecer un lenguaje en común a la hora de hablar de trastornos mentales pone en evidencia los conflictos que tiene la psicología con otras ramas del conocimiento, como la psiquiatría o la neurología, en tercer lugar aunque intenta ser objetivo, conciliador y simplemente un apoyo diagnóstico, en la aplicación se le ha utilizado como un *checklist* en el que el paciente debe cumplir con una cantidad específica de síntomas y signos. Estos aspectos son algunos por mencionar ya que la crítica al sistema clasificatorio de la APA es bastante extensa, y aun así la concepción de trastorno mental que maneja se ha convertido en uno de los referentes del concepto. El trastorno mental, entonces, está definido en el DSM como:

[...] cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (APA, 1995)

Lo que se pretende identificar mostrando estas definiciones es lo siguiente: en primer lugar, es problemático que una de las definiciones generalizadas del concepto de salud mental se entienda en términos negativos, lo anterior supone un problema ontológico del concepto en cuanto se confunde salud mental con trastorno mental, e incluso se reduce una a la otra. En segundo lugar, el concepto de salud mental está dissociado en dos perspectivas, la primera está fundamentada en una tradición médica que busca principalmente tratar la etiología de la enfermedad y reconocer los signos y síntomas de ésta ya que son justamente estos signos y síntomas el blanco en el tratamiento; la segunda perspectiva tiene que ver con un enfoque diferente, un enfoque centrado en modelos relacionales, ambientales y psicológicos - entendiendo este último concepto como las relaciones de condicionalidad entre eventos y respuestas- que lo que buscan principalmente es modificar las dinámicas que el individuo establece con su medio teniendo asimismo como propósito tratar a la persona que manifiesta un malestar, la diferencia radica en que este tratamiento se relaciona estrechamente con los procesos de adaptación del sujeto a su ambiente.

Sin embargo, cabe resaltar también los puntos en común entre ambas perspectivas antes de pasar a profundizar en cada una; tanto en la definición de la OMS como en la de la APA se hace referencia al bienestar, es decir la salud mental está afectada en la medida que el bienestar del individuo se ve vulnerado y se convierte en malestar. Ambos enfoques abordan la pregunta por el malestar principalmente desde la aparición de los signos y los síntomas, esto

último es un punto en donde ambas perspectivas se intersectan, y sin embargo intentan abordar los fenómenos del malestar o el dolor desde posiciones distintas.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos con malestar?, podemos considerarlo como “una experiencia individual, global y subjetiva. Es un fenómeno multidimensional y complejo, influenciado por múltiples factores como los factores psicológicos, sociales, culturales, religiosos y ambientales.” (Saravane, 2015) Sin embargo en esta definición se deja a un lado los factores biológicos, que también se tendrían que tener en cuenta para entender el malestar, por otro lado, la Asociación internacional del estudio del dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada a un daño del tejido real o potencial el cual describe en términos de tal daño.” (ibíd.). En este sentido, podemos resumir dos cosas: uno, el término de salud mental intenta abordar los fenómenos relacionados con el bienestar “mental” del individuo; dos, el término de bienestar está de cierta manera interconectado con el de malestar -que en la definición dada se muestra como un fenómeno perceptivo relacionado con factores psicosociales- y éste a su vez con el de dolor -que igualmente se muestra como un fenómeno perceptivo pero asociado a un daño directo en la materia orgánica-, de aquí surge una pregunta fundamental para el resto del texto, ¿a la hora de hablar de salud mental qué discurso tiene más relevancia, el médico o el psicosocial?

En lo que resta del presente texto, se expondrán ambas perspectivas –médica y psicosocial-, enfatizando en sus respectivas conceptualizaciones, ejemplos ilustrativos, y por supuesto finalizando con una breve crítica a cada modelo.

¿El cuerpo afecta la mente?

Para comenzar es preciso revisar los postulados del modelo biomédico, es bien sabido que lo que intenta hacer el modelo biomédico es poner los fenómenos de salud mental pero desde una perspectiva médica, valga la redundancia, es decir pone en relieve el concepto

desde la investigación y los conocimientos en biología, anatomía, fisiología, entre otros que se usan en la medicina tradicional, siguiendo lo anterior el modelo biomédico estaría encaminado a atacar la etiología de los trastornos mentales, al igual que la medicina se basa fuertemente en la etiología. Desde esta perspectiva la enfermedad mental o *mental illness* es equivalente a cualquier enfermedad física, ya que tienen una causa biogénica común (Pattyn, Verhaegue, Sercu & Bracke; 2013) La pregunta base del modelo biomédico en la intervención psicológica es, en últimas, la que se plantea en el subtítulo de este apartado, ¿el cuerpo afecta a la mente? ¿Cómo la afecta y en qué medida? ¿Cuál es el correlato biológico de los trastornos mentales? y en este sentido, ¿qué tratamiento sería el más eficaz?

La respuesta más corta a todos estos interrogantes es que efectivamente el cuerpo afecta la mente, sería un error categorial negarlo ya que no se tratan de campos separados e independientes. Amy L. Ai, Mohamed Kabbaj & Lee L. Kathy (2014) en *Body affects mind? Preoperative behavioral and biological predictors for postoperative symptoms in mental health* presentan una investigación que pretendía establecer la relación entre la aparición de síntomas relacionados con la salud mental (humor deprimido, ansiedad y hostilidad) y el pronóstico de enfermedades cardiovasculares, la literatura revisada para la investigación es unánime en cuanto existe una relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad y las enfermedades cardiovasculares (Ai et al., 2008; Chida & Steptoe, 2009; Hoyer et al., 2008; Niaura et al., 2002; Mosovich et al., 2008; Pignay-Demaria et al., 2003; Rothenbacher et al., 2007; Lichtman et al., 2008; citado en Ai, Kabbaj & Kathy, 2014), en este sentido se presenta un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de la arteria coronaria, fibrilación auricular, entre otras que son causa de mortalidad en la población. Aunque la asociación de los síntomas de salud mental con enfermedades cardiovasculares aún falta por precisar, el estudio pretende profundizar en que los aspectos biofísicos de una enfermedad cardíaca contribuyen en cierta

medida a la depresión, para esto con ayuda de las enfermeras del sistema de salud de la Universidad de Michigan seleccionaron algunos participantes que estaban próximos a tener una cirugía de corazón, en un primer momento se les hizo una entrevista para tener el consentimiento de los pacientes y un contacto inicial para recolectar datos socio-demográficos, dolor corporal autorreportado, la presencia de diagnósticos médicos comórbidos. En un segundo momento se realizó una nueva entrevista con motivo de recoger datos sobre las estrategias de afrontamiento y las estrategias espirituales de afrontamiento de los participantes. Posteriormente a la operación se les mandó a los participantes por correo una serie de cuestionarios para medir los niveles de humor depresivo, la ansiedad y hostilidad. Los resultados en resumen aportaron nuevas evidencias de que los síntomas biofísicos de las enfermedades cardiovasculares tienen una relación con la aparición de síntomas de trastornos mentales. Este estudio resulta bastante ilustrativo en cuanto presenta esta relación tan compleja que es mente y cuerpo, esto último no en un sentido dualista, por el contrario corresponden a una misma esencia de base.

Ahora bien, hemos revisado algunos de los postulados principales del modelo biomédico, sin embargo ¿cuáles son sus críticas? En realidad la lista es amplia, a pesar de que este modelo es ampliamente difundido es igualmente controvertido ya que un mal uso del modelo médico ha llevado a un mal reduccionismo de los fenómenos psicológicos, la sobrepatologización, el uso excesivo de fármacos, entre otros.

Pattyn et. all (2013), y en concordancia con lo que plantea Marino Pérez Álvarez (2014) en *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*, hacen referencia a que el modelo biomédico nació como un movimiento que fomentara una percepción optimista de las terapias y reducir el estigma que se le da a las personas que tienen un trastorno mental debido a que se reduciría la sensación de “responsabilidad”. No obstante, este grupo de

autores argumenta que la realidad no ha sido tan parecida a estos planteamientos, los estudios empíricos (Patty et. all, 2013) han mostrado que las personas se han mostrado cada vez más optimistas frente al tratamiento psiquiátrico, por otro lado también se ha señalado que las actitudes estigmatizadoras no se han reducido y por el contrario se han mantenido estables o incluso han ascendido.

Por un lado Patty et. all argumentan que la medicalización facilita el tratamiento, pero que puede estar asociado a una mayor estigma, por el contrario Pérez considera que en la mayoría de los casos el tratamiento con fármacos puede ser más improductivo de lo que realmente se cree, para este autor el problema principal radica en que se quieren entender los trastornos psicológicos como enfermedades médicas, y en especial el uso de fármacos es bastante polémico ya que en la gran mayoría de las veces están encaminados a reducir los síntomas, pero no previenen la evolución ni la respuesta al tratamiento. Estas son algunas de las críticas que se le hacen al modelo biomédico, el cual desde éstas se tendría que reevaluar en términos de su pertinencia en algunos tratamientos.

Por otro lado tenemos la otra cara de la moneda, un modelo que abarca las perspectivas psicológicas y sociales de los individuos, a continuación puntualizaremos en éste para luego finalizar con las conclusiones.

La otra cara de la moneda

Estas perspectivas tienen su raíz en enfoques guiados más hacia teorías relacionales de cómo el sujeto se relaciona con su entorno, en esta relación está implicado también lo psicológico como una de las herramientas claves que esquematizan la forma en la que el sujeto actúa en su ambiente. Comenzando desde la escuela de Frankfurt en la década de los 30, pero principalmente tomando fuerza a finales de los 60, se han relacionado los fenómenos psicológicos con las condiciones sociales actuales (Elliot, citado en Branaman, 2007), cuando

estas teorías sociales comienzan a relacionarse con lo psicológico surge también la pregunta por la salud mental desde esta perspectiva.

No obstante, según Branaman (2007), desde una perspectiva sociológica no hay suficiente conocimiento empírico sobre las experiencias actuales y los posibles factores determinantes en la salud mental, por un lado es claro que las condiciones materiales y relacionales de los sujetos tienen una gran influencia en su estado mental, aun así falta por clarificar en los hechos y las situaciones que podrían afectar o potenciar la salud mental.

Desde una perspectiva meramente social se muestran tres ejes de trabajo principalmente (ibíd.): la pregunta por el origen social del malestar, la naturaleza de la salud mental y la enfermedad, y los servicios en salud mental. Estos planteamientos se intersectan asimismo con una perspectiva más psicológica, como lo propone Marino Pérez (2014), éste no enfatiza en el origen social del malestar, sin embargo retoma los dos últimos puntos en donde la salud mental por supuesto hace parte del abanico de la psicología, como fenómeno psicológico su naturaleza no es sustancial sino relacional y justamente se da en la relación de condicionalidad entre los eventos ambientales y las respuestas de los individuos, al tener esto en cuenta se presenta una nueva propuesta en materia de los servicios en salud mental en donde el paciente no es un enfermo mental, más bien se podría pensar que está teniendo ciertas conductas, pensamientos, creencias, entre otros, que afectan su vida normal.

Lo anterior nos presenta una diferencia importante entre los modelos biomédico y los modelos psicosociales, los primeros han caído muchas veces en el verbo “ser” para describir a una persona con trastorno mental, incluso en el DSM se hace la especificación que se habla de los trastornos en condición de síntomas y signos para evitar caer en que el individuo *es* un enfermo mental. Los modelos psicosociales por otro lado intentan hablar del tema evidentemente en términos más relacionales y de cierta forma más dinámicos, por supuesto

puede existir la excepción al caso que igualmente reduzca la salud mental a un “ser” en vez de un “estar”, sin embargo del material revisado se ha encontrado justamente que estos modelos intentan ser menos deterministas que su contraparte.

A pesar de que la propuesta que presentan los modelos psicosociales da camino para repensar la forma en cómo concebimos la salud mental, según Patty et. All (2013) presentan ciertos puntos a favor y en contra. Como puntos a favor se ha evidenciado empíricamente que estos modelos promueven una visión menos estigmatizada de la salud mental del trastorno mental, sin embargo estos autores plantean asimismo que estos modelos poseen la desventaja de incitar al autocuidado y la búsqueda de información para ayudarse a sí mismos, lo cual no siempre es beneficioso especialmente concerniente a los trastornos más severos.

Respecto a esto, Patty et. All, realizan una investigación que busca contrastar los conceptos de medicalización y psicologización en cuanto a la salud mental en una muestra de personas en Bélgica seleccionados aleatoriamente y aplicándoles una serie de cuestionarios en una entrevista. Los resultados arrojaron los siguientes indicadores: en primer lugar, la percepción de que los trastornos pueden ser en gran medida biogénéticos está relacionado con una idea de que necesitan un tratamiento más “severo”, es decir, que puede necesitar hospitalización y largos períodos de medicación y procedimiento; cuando la percepción de los trastornos está relacionado a un modelo más psicosocial la búsqueda de ayuda profesional disminuye, esto no resulta tan perjudicial para los casos leves de trastorno mental -que son la mayoría de los consultantes- y es importante potenciar las habilidades de autocuidado y búsqueda de información, pero los datos empíricos muestran que éstos no son considerados estrategias de afrontamiento adecuados para trastornos más severos.

Conclusiones

A lo largo del texto se han contrastado los modelos biomédicos y psicosociales con sus respectivos planteamientos y críticas, en este punto puede surgir una pregunta en el lector: ¿cuál de los dos modelos sería entonces “el mejor” para trabajar en los distintos campos de la psicología? Respondiendo brevemente a esta pregunta, afirmarí que ambos modelos deben tenerse en cuenta tanto en la psicología básica como en la psicología aplicada, si bien es aceptable reducir el fenómeno a un marco teórico en ciertas ocasiones para profundizar desde ese punto de vista, no hay que olvidar que existe la posibilidad de múltiples variables que se interrelacionan con el fenómeno e influyen en él; por este motivo el apartado anterior se tituló “la otra cara de la moneda” justamente porque no son modelos disgregados, tienen puntos en común como la reconceptualización de la salud mental no como un “ser” sino como un “estar siendo”, en este sentido es criticable el hecho que los diagnósticos se están realizando desde uno u otro modelo únicamente. Es preciso entonces reevaluar la manera en que se están haciendo los diagnósticos, de forma que se conviertan justamente en una herramienta importante, en este caso en materia de salud mental.

Igualmente desde esta perspectiva hay una gran necesidad creciente de reevaluar las políticas públicas en función de qué tratamientos se le deben estar dando a la población, cómo se pueden financiar efectivamente los tratamientos, iniciativas y proyectos en pro de la salud mental, y cómo se pueden tratar de manera más efectiva tanto los trastornos leves y medios como los trastornos severos.

A pesar de que se ha intentado unificar el concepto de salud mental desde enfoques como el biopsicosocial, aún siguen siendo modelos estratificados (Pérez, 2014) y seccionados que incluso dan la impresión de una batalla interna por cuál es el más relevante y cuál es el que más se debe potenciar en cuanto al mantenimiento y la higiene de la salud mental, este es

un punto central en la crítica que se ha ido desglosando en el texto, y que tiene una conexión importante con la primera conclusión, desde esta perspectiva es de gran relevancia tener en cuenta las situaciones contextuales que enmarcan una población, un tratamiento e incluso una investigación. Para aclarar un poco la idea anterior es preciso explicar que con “situaciones contextuales” se refiere a las necesidades, las características y los propósitos particulares de cada ámbito; no obstante no hay que olvidar que aunque hayan diferencias entre éstos, también hay puntos en común que se deberían considerar, en este sentido no se trata de cuál es de “mayor importancia”, se trata de cómo podemos articular estos modelos en dirección a intervenciones efectivas.

Referencias Bibliografía

- Ai, A. L.; Kabbaj, M; Kathy, L. L (2014) *Journal of behavioral medicine. Body affects mind? Preoperative behavioral and biological predictors for postoperative symptoms in mental health.* Vol. 37: pp. 289–299 DOI 10.1007/s10865-012-9484-3
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.
- Branaman, A. (2007) *Contemporary Social Theory and the Sociological Study of Mental Health.* En: Avison, W. R; Mcleod, J. D.; Pescosolido, B. A. *Mental health, Social mirror.* (pp. 95 - 123) New York: Springer
- Lopera Echavarría, J.D (2013). Una historia del concepto técnico de salud mental: entre ciencia e ideología. En: Arroyave Álvarez, O; Lopera Echavarría, J.D; Tamayo Acevedo, J.H; Marmitt Wadi, Y; Catalina Congote, J; Casas, A.L; Muñoz Lopera, L.E; Castañeda, M; Arteaga, M.V. *Salud y salud pública; aproximaciones históricas y epistemológicas.* (pp. 35 - 58) Medellín: Hombre Nuevo Editores

- Pattyn, E; Verhaegue, M.; Sercu, C; Bracke, P. (2013) Socio Psychiatry Psychiatric Epidemiology. *Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study.* Vol. 48:1637–1645
- Pérez Álvarez, M. (2014) *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales.* Editorial SINTESIS, pp. 53 - 72
- Spandler, H.; Calton, T. (2009). Psychosis and Human Rights: Conicts in Mental Health Policy and Practice. *Social Policy and Society*, 8, pp 245-256
doi:10.1017/S1474746408004764
- Saravane, D. (2015) *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Douleur en psychiatrie.* Volume 173, Issue 4, May 2015, Pages 356–363 [Fecha de consulta: 12 de agosto de 2015] Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448715001080>
- Valencia Collazos, Marcelo. (2007) *Trastornos mentales y problemas de salud mental.* Día Mundial de la Salud Mental 2007 *Salud Mental* [en línea] 2007, 30 (marzo-abril) : [Fecha de consulta: 10 de agosto de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>> ISSN 0185-3325