

# Dignida **DH**

REVISTA DE LA COMISIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

Número 13, Año 2020

## Derecho Humano a la **Salud Mental**

“Tu dignidad ante todo”  
“A máakil tu láan tuláakal ba’al”

## Directorio

### PRESIDENTE

Marco Antonio Tóh Euán

### CONSEJO CONSULTIVO

Alejandro Baeza Ruiz  
Rafael Barragán Vázquez  
Israel Canto Viana  
Alma Rosa Soledad Freyre Reinhartd  
Edgar Ricardo Mora Ucan  
Sheena Merle Ucan Yeh

### VISITADURÍAS GENERALES

Felipe Nieto Bastida  
Primer Visitador General con sede en Othón P. Blanco

Ángel Salvador Contreras Mis  
Segundo Visitador General con sede en Benito Juárez

Irma Granados Zapata  
Tercera Visitadora General con sede en Solidaridad

### EDITORIA RESPONSABLE

Isabela Boada Guglielmi  
Encargada de la Coordinación General del Instituto de Formación Especializada en Derechos Humanos de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo

### COMITÉ EDITORIAL:

Isabela Boada Guglielmi

Cecilia Balam Villarreal

### DISEÑO EDITORIAL:

Gabriel Ignacio Aguilar Torres

La Revista **DignidaDH** es una publicación semestral de la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, a cargo del Instituto de Formación Especializada en Derechos Humanos.

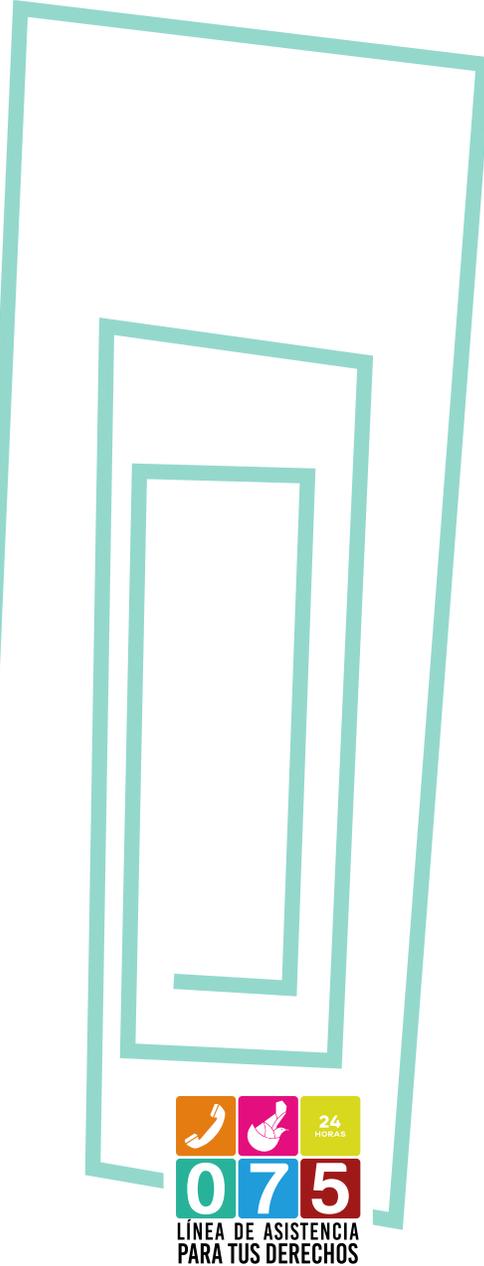
Los artículos que aparecen en esta edición son responsabilidad de las y los autores.



# DignidaDH

REVISTA DE LA COMISIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

Número 13, Año 2020



Av. Adolfo López Mateos, No. 424, Col. Campestre  
C.P. 77030, Chetumal, Quintana Roo.  
Tel: 983 832 7090 Ext. 1101

[www.cdheqroo.org.mx](http://www.cdheqroo.org.mx)





# Índice

Editorial de la Revista DignidaDH. 2

## Contenido

La paradoja de la atención a la salud mental,  
por Norma González Benítez. 3

Infografía N°1. La salud mental y el confinamiento por la  
pandemia de COVID-19. 9

Derechos Humanos y Salud Mental, por Enrique Barrales Islas. 10

La influencia de la información sobre la salud mental,  
por José Luis Castellanos y Rebeca Vela Núñez. 14

Infografía N° 2. Derechos Humanos de personas con  
discapacidad psicosocial. 19

## Conociendo a la Comisión

Entrevista a Liliana Cruz Figueroa, Directora del Centro de  
Atención a Víctimas de la Comisión, por Odette Aurora Solís García. 20

# Editorial

¡¡Bienvenidas y bienvenidos sean al nuevo número de la revista DignidaDH!! Para esta edición decidimos darle un espacio de difusión y promoción a la salud mental como derecho humano, ello ante el reconocimiento de que el presente contexto de pandemia por COVID-19 representa un desafío para gozar de salud mental, asimismo porque nos preocupa que la salud mental ha sido históricamente relegada en las políticas públicas del sector sanitario, el cual suele enfocar sus acciones e inversión pública en la salud física o corporal, sin embargo, es preciso saber que no es posible gozar de salud física sin tener salud mental.

Los debates que se vienen dando en este campo desde la defensa de los derechos humanos cuestionan los enfoques médicos que han prevalecido, donde las soluciones apuntan a la excesiva medicalización o aislamiento involuntario, invisibilizando los factores sociales que afectan la salud mental y anulando la personalidad jurídica de las personas con diversidades mentales y discapacidad psicosocial, convirtiendo a los centros de atención - como ya advertía Michel Foucault - en mecanismos de vigilancia y castigo en el que se establece un ejercicio de poder a través de acciones punitivas para mantener a las personas en un estado regulado, impidiendo cualquier oportunidad de trasgresión.

Desde la ONU el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, señala en informe presentado en junio de 2020 que “los sistemas de salud mental de todo el mundo están dominados por un modelo biomédico reduccionista que utiliza la medicalización para justificar la coerción como práctica sistémica y califica como 'trastornos' que necesitan tratamiento, las diversas respuestas humanas a los determinantes subyacentes y sociales perjudiciales (como las desigualdades, la discriminación y la violencia)”.

Aunque se ha incorporado el derecho a la salud mental en el corpus juris internacional de los derechos humanos, todavía nos encontramos en un terreno en disputa por el reconocimiento de otras formas de atención que no vulneren la dignidad de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Ante la complejidad del tema, en este número de la Revista DignidaDH cuestionamos la percepción social sobre la salud mental, con el objetivo de eliminar los prejuicios y estigmas sobre las personas con trastornos mentales a fin de que pueda garantizarse el goce pleno de los derechos humanos.

Por ello les invitamos a discernir respecto a lo construido socialmente sobre el tema, a reconocer la diversidad de la experiencia humana y a visualizar un modelo de atención comunitaria que permita – a las personas usuarias de los servicios de salud mental – tener voz propia para demandar un trato digno.

Marco Antonio Tóh Euán

Presidente.

“Tu dignidad ante todo”  
“A máakil tu láan tuláakal ba'al”

# La Paradoja de la Atención a la Salud Mental

Norma González Benítez\*

**H**istóricamente, la atención mental ha sido una paradoja. En aras de “curar” o “rehabilitar” a aquellas personas que, a decir de la sociedad, manifiestan “desordenes” mentales, se ha recurrido a prácticas médicas y no médicas que lejos de contribuir al bienestar mental, han tenido como consecuencia innumerables violaciones a derechos humanos. El tránsito a modelos de atención a la salud mental más respetables de los derechos humanos ha sido lento debido a la resistencia social que continúa utilizando los hospitales psiquiátricos como mecanismos de exclusión política y social. En esta evolución, la incorporación de la salud mental en el corpus juris internacional de los derechos humanos ha tenido un papel importante. Sin embargo, esto no hubiera sido posible sin la voz de las personas usuarias de los servicios de atención a la salud mental, quienes desde antes ya venían movilizándose para modificar su situación y hoy por hoy continúan exigiendo el respeto de sus derechos humanos.

A partir de finales de los años sesenta, con los orígenes de la antipsiquiatría, se dieron importantes debates en torno a la efectividad de la psiquiatría. Además, surgieron movimientos sociales y acciones colectivas que han tenido en común impulsar el tránsito de modelos donde se privilegia la atención psiquiátrica clásica, la concentración de los servicios de atención a la salud mental en los hospitales psiquiátricos y otras formas de encierro que posibilitan violaciones a derechos humanos a otros modelos que pugnan por la salida de la población de dichos lugares para que pueda ser incluida en la comunidad y la

realización de otras formas de atención a la salud mental complementarias o incluso distintas a la médica.

La antipsiquiatría tiene sus orígenes en Inglaterra, donde un grupo de psiquiatras, entre los que destacan Roland Laing, David Cooper y Aaron Esterson, cuestionan fuertemente el saber y las prácticas psiquiátricas respecto a su trato con la locura, particularmente con la esquizofrenia (Amarante, 2006), incluso llegaron a cuestionar si la esquizofrenia era una enfermedad atribuida a la persona o al entorno donde se desenvuelve la persona.

Por su parte, en esos años el psiquiatra italiano Franco Basaglia se pronunció por las condiciones en que vivían las personas en los hospitales psiquiátricos. Además, se le atribuye el impulso de la Ley 180, que prohíbe en Italia la internación de personas en contra de su voluntad. Para Basaglia, el manicomio concretiza la metáfora de la exclusión que la modernidad produce en su relación con la otredad o la diferencia. En ese sentido, su análisis va más allá de la relación de la institución psiquiátrica con las personas y deriva en el análisis de las relaciones sociales. Para Basaglia, la desinstitucionalización no se restringe a la deshospitalización, es decir, a la extinción de organizaciones hospitalarias / manicomiales, sino que refiere a la desmantelación de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos (Amarante, 2006: 52).

QUIERO VOLVER A MI  
CASA lo más pronto  
posible. QUIERO VOLVER A  
trabajar y a la escuela  
nocturna.  
NO AL ENCIERRO

"el manicomio concretiza la metáfora de la exclusión que la modernidad produce en su relación con la otredad o la diferencia".

En tanto, al otro lado del mundo, en Estados Unidos aparecen movimientos que pugnan por la desinstitucionalización que refiere a la disminución de los servicios psiquiátricos y la expansión de los servicios basados en la comunidad. (Domenech et. al, s/a: 24).

En Canadá, en los años setenta, surgió el movimiento de los psiquiatrizados, influenciado por la antipsiquiatría y el feminismo, que promovió iniciativas emergentes del campo social con una posición crítica frente a las prácticas dominantes; la defensa de derechos y la creación de empleos (Blais, 2002: 67). Derivado de las acciones colectivas, en los años ochenta, en Ontario se comenzó un proceso de elaboración de una nueva política de salud mental para solucionar diversas problemáticas sociales como la saturación de los servicios de emergencia, el fenómeno conocido como “puertas giratorias”,<sup>1</sup> familias desbordadas ante la carga de cuidados, etcétera (Blais, 2002: 69). En este proceso las personas usuarias de los servicios de salud mental participaron en el proceso de reforma.

Por su parte, en Inglaterra surgió un grupo de psiquiatras del National Health Service (NHS) e integrantes del Critical Psychiatry Network cuyos análisis y estudios forman parte de la psiquiatría crítica, la cual abarca principalmente cinco temas: 1) el problema del diagnóstico en la psiquiatría (cuestionan la base biológica de los diagnósticos y atribuyen ciertas enfermedades a cuestiones culturales); 2) el problema de la evidencia en la medicina psiquiátrica y los vínculos que existen entre la industria farmacológica y la psiquiatría; 3) el lugar central que tienen los contextos y significados en la teoría y la práctica de la psiquiatría así como el rol que juegan los contextos dentro de los cuales trabajan los psiquiatras; 4) los problemas de la coerción asociados a la psiquiatría; y 5) la base histórica y filosófica del conocimiento y la práctica psiquiátrica (Phillip, 2018).

En Brasil también se dieron importantes manifestaciones y movimientos sociales que pugnan por la des-hospitalización psiquiátrica.

El primero de ellos surgió en 1940, cuando la reformista psiquiatra Nise da Silveira, en el Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, en Rio de Janeiro, se manifestó radicalmente contra las formas agresivas de tratamiento como el confinamiento en hospicios, electrochoques, insulinoterapia, y lobotomía. Sin embargo, fue a partir de la década de 1970 cuando comenzaron a surgir iniciativas más articuladas como el Movimiento de Trabajadores en Salud Mental (MTSM) y el Movimento da Lucha Antimanicomial (MLA) que criticaron el modelo hegemónico de asistencia psiquiátrica centrado en hospitales, excluyente, violento e inhumano (Dimenstein, 2013:49).

Una década después, estos movimientos derivaron en grandes transformaciones como la implantación de la Reforma Sanitaria, que trajo consigo la creación del Sistema Único de Salud y, a su vez, la presencia de una red de servicios extra-hospitalarios que procura producir cuidados en el territorio de las personas usuarias, próximos a su domicilio, tratando de garantizar la continuidad de la asistencia (Dimenstein, 2013:52).

Aunado a las movilizaciones sociales que se dieron en diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Brasil y Chile, a partir de los años setenta, se conformaron importantes redes internacionales como la World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP), la Transforming Communities for Inclusion of persons with Psychosocial Disabilities, Asia (TCI-ASIA) y el Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry, la International Disability Alliance.

Cabe señalar, que en México no fue sino hasta los años ochenta cuando diversas autoras y autores comenzaron a cuestionar, a través de diversos artículos periodísticos y reportajes, la reforma psiquiátrica que tuvo como principal objetivo el cierre de La Castañeda y traslado de pacientes a manicomios, hospitales y granjas que continuaron operando bajo el modelo de asilar y con tratamientos psicofarmacológicos. Pese a que estos cuestionamientos derivaron en el

1. Consistente en que las personas están internadas en los hospitales por un tiempo, luego salen a las calles y después de un tiempo regresan a ser ingresadas, lo que da cuenta de la ineficacia de la atención a la salud mental.

reconocimiento por parte de autoridades sobre las malas condiciones en que se encontraban las y los pacientes, no se produjo una reforma psiquiátrica acorde con los nuevos modelos impulsados en otros países (Hernández Oliver et al., 2017).

En este contexto de oleada de movimientos en pro de una transformación tanto de la concepción, como de la atención a la salud mental, surgen dos declaraciones importantes que, aunque abordan la salud en general y son un precedente sobre salud mental: 1) la Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1973), que aborda la atención primaria en la salud, y 2) la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) que sienta las bases para la promoción del derecho a la salud desde un enfoque social.

Ambos documentos tienen especial relevancia porque, a partir de promover la atención primaria y la promoción de la salud, comienzan a revertir el abordaje únicamente biológico que se daba a la salud mental e incorporan elementos sociales. Sin embargo, no fue sino hasta el año 1990 cuando se redactaron instrumentos internacionales que buscaron proteger específicamente el derecho a la salud mental. Particularmente destacan dos: la Declaración de Caracas (1990) y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991).

La Declaración de Caracas sin duda recupera los debates en torno a la salud mental respecto a la necesidad de llevar la atención a la salud a las comunidades y que ésta sea parte de la atención primaria. Además, cuestiona el papel que juega el hospital psiquiátrico para alcanzar este objetivo y como factor de vulneración de derechos humanos. En respuesta, la Declaración fomenta / insta a los Estados a establecer modelos alternativos de atención a la salud mental centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales de las personas usuarias (OPS y OMS, 1990: punto 1 declaratorio).

Por su parte, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental, emitidos un año después en 1991, representaron un avance en cuanto a la protección de derechos vulnerados en contextos de encierro o institucionalización, tales como el derecho de toda persona con una enfermedad mental, a la protección contra la explotación física, económica, sexual o de otra índole y el trato degradante; el derecho de toda persona a no ser discriminada debido a una enfermedad mental (ONU, 1991: principios 1) y el derecho de toda persona a vivir y trabajar en la comunidad (ONU, 1991: principio 3).

Sin embargo, también implicaron una significativa regresión, ya que bajo supuestos como la “peligrosidad” y el “saber médico”,



legitimaron prácticas violatorias a derechos humanos. Además, dichos principios autorizan la limitación de la libertad, niegan la autonomía de las personas para que puedan tomar decisiones, y permiten que el personal médico determine el suministro de tratamientos forzados (ONU, 1991: principios 1.6, 1.7, 9.1 y 11), muchos de los cuales hoy en día son considerados como tortura. Estas excepciones continúan vigentes en muchas de las legislaciones. Así, estos principios son contradictorios ya que, por un lado, protegen derechos y por otro los restringen.

Esta tensión se rompe con la emisión de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD), de 2008, que pese a no ser un tratado dedicado a la salud mental, es trascendental porque incluye dentro de su catálogo de discapacidades la psicosocial, relacionada con la salud mental. Además, positiviza los derechos humanos mayormente vulnerados en contextos de encierro, tales como la igualdad ante la ley, al trabajo, la educación, y a la libertad. Finalmente, crea otros derechos que hasta antes de su redacción no eran reconocidos y cuya garantía es fundamental para transitar hacia nuevas formas de atención a la salud mental, como la accesibilidad y el derecho de toda persona a tener una vida independiente y ser incluida en la comunidad. Con estos elementos, la CDPCD sienta las bases jurídicas para la defensa de los derechos humanos de la población en contextos de institucionalización.

La CDPCD fue el resultado de distintos movimientos sociales conformados por las propias personas con distintas discapacidades (incluyendo los encabezados por personas con discapacidad psicosocial). En el proceso de redacción, destaca la participación de importantes organizaciones conformadas por y para las personas con discapacidad, particularmente del Centro por los Derechos Humanos de los Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría, integrante de la Alianza Internacional de Discapacidad, y de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría (WNUSP por sus siglas en inglés), quienes impulsaron el reconocimiento de la

capacidad jurídica de las personas con discapacidad (Minkowits, s/a).

La emisión de la CDPCD fue sin duda un paso importante en la defensa y protección de los derechos de las personas con discapacidad; sin embargo, no ha sido suficiente para transitar de modelos restrictivos de derechos humanos a otros más garantes. Peor aún, el Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha señalado que se estima que a escala mundial se destina a la salud mental menos del 7% de los presupuestos de salud y que la mayor parte de la inversión se dedica a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales psiquiátricos, en lugar de destinarla a garantizar una atención a la salud mental en las comunidad donde viven las personas usuarias. Además, ha hecho hincapié en que la institucionalización ha contribuido a la exclusión, el descuido, la coacción y el maltrato de quienes se encuentran en esos lugares (CDH, 2017: párr.6).

Después de casi un siglo de debates y esfuerzos por cambiar el abordaje que se ha dado a la salud mental, al día de hoy las cosas no parecen haber cambiado mucho y las transformaciones que se han logrado, han sido de manera muy lenta. Si bien se han dado reformas importantes en torno a la psiquiatría y en todo el mundo han surgido prácticas que han demostrado que el modelo asilar y asistencialista no es la solución a los problemas de salud mental y que, peor aún, es violatorio a derechos humanos porque en nombre de la salud se vulneran otros derechos como la salud misma, la libertad y la integridad, lo cierto es que hoy en día prevalecen prácticas como el encierro, en muchos casos de por vida; las terapias electroconvulsivas, sujeciones, administración de fármacos cuyas contraindicaciones son nocivas, etcétera.

Sin embargo, también hemos visto, paralelamente, una mayor presencia de las personas usuarias de los servicios de salud mental tomando las calles, demandando la realización del cambio. Por ejemplo, en Chile, desde 2014

comenzó a gestarse un movimiento social importante que tiene como particularidad que es conformado por las propias personas usuarias de los servicios de salud mental, teniendo como aliados a actores importantes como diversas universidades. Este movimiento tiene como característica que se vincula con otros movimientos y organizaciones regionales e internacionales y está acompañado de acciones colectivas como las marchas anuales por el “Orgullo loco” y por el “Día internacional de protesta contra el tratamiento de electroshock”; además, ha derivado en la conformación de organizaciones locales como el colectivo Autogestión-Librementemente y el colectivo Locos por Nuestros Derechos, que han tenido presencia e incidencia en distintas provincias de Chile y presencia en congresos y eventos internacionales (Cea, 2016).

De igual forma vemos cómo en toda América Latina la población neurodivergente comienza a movilizarse. En México, desde hace algunos años ha cobrado fuerza el orgullo loco. Una de las organizaciones de la sociedad civil más representativa es SinColectivo, cuyos integrantes han impulsado diversas acciones para visibilizar los contextos de opresión y discriminación en que viven las personas con discapacidad psicosocial.

Ante este panorama, mi pronóstico es que si bien la evolución del abordaje de la salud mental para transitar de un sistema asilar, restrictivo y con un enfoque biomédico a un sistema de atención en la comunidad, acorde con derechos humanos y desde un enfoque biopsicosocial ha sido lento, los movimientos sociales conformados por las propias personas usuarias han tenido y continuarán teniendo un papel fundamental para lograr esta transformación. Solo a través de escuchar su voz y sus exigencias es como se logrará tener una verdadera transformación. 

\*Norma González. Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Maestra en Derechos Humanos y Democracia por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Colaboró durante ocho años en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, donde fue Relatora por los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ha sido consultora independiente y realizó junto con la organización de la sociedad civil Documenta, Análisis y Acción para la Justicia Social A.C un informe sobre la atención a la salud mental en México. Actualmente, es

Coordinadora de Análisis e Incidencia en Amnistía Internacional, Sección México.

Correo: gonzalezbeniteznorma@gmail.com

#### Referencias consultadas.

- Amarante, Paulo (2006), *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*, Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo.

- Domenech, Miquel; F. J. Tirado, S. Traveset, y A. Vitores (s/a), “La desinstitutionalización y la crisis de las instituciones”, en *Educación Social*, número 12, pp. 20-32

- Blais, Louise (2002), “Los movimientos sociales y la desinstitutionalización psiquiátrica. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Canadá: la experiencia de Ontario” en *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 15, p. 63-81

- Philip Thomas (2018), “¿Qué es la psiquiatría crítica?” en *Nexos*, disponible en <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=113>, consultado en mayo de 2019.

- Dimenstein, Magda (2013), “La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental”, en *CS No. 11*, 43-72, enero-junio 2013. Cali, Colombia.

- Hernández Lara, Oliver, Cristina Sacritán y Teresa Ordorika (2017), “México, Una reforma psiquiátrica que no lo fue: 1968-1990”, en *Huertas Rafael (Coord), Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*, Catarata.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990) y Organización Mundial de la Salud (OMS), *Declaración de Caracas*.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1991), *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*, adoptados por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 46/119.

- Minkowits, Tina (s/a), “Submission to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities” en *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*, disponible en <http://www.wnusp.net/>, consultado en mayo de 2019.

- Consejo de Derechos Humanos (CDH) (2017), *Salud mental y derechos humanos, Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/34/32*.

- Cea Madrid, Juan Carlos (2016), “Un 2015 de locos o el despertar de un movimiento social en salud mental”, en *Eldesconcierto.cl*, disponible en <https://www.eldesconcierto.cl/2016/03/30/un-2015-de-locos-o-el-despertar-de-un-movimiento-social-en-salud-mental/>, consultado en mayo de 2019.

# LA SALUD MENTAL Y EL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como el estado de equilibrio entre las personas y su entorno socio-cultural, abarca el bienestar emocional, psíquico y social. Esta definición coloca su foco de atención en los factores del entorno social que inciden negativamente en nuestra salud mental, como la pobreza, las discriminaciones, entre otros problemas, de allí que el Estado no solo debe garantizar una atención adecuada a las afectaciones de la salud mental, sino que debe garantizar el acceso a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

Durante los meses de confinamiento por la pandemia de Covid - 19 las personas han experimentado padecimientos o afectaciones a su salud mental, así por ejemplo, se han incrementado los casos de estrés, ansiedad, miedo ante los cambios que socialmente afrontamos como el temor a contagiarse de Covid, ruptura de la cotidianidad por una nueva normalidad para la que no fuimos preparadas/os, el desempleo, la incertidumbre frente al futuro, entre otros problemas que son detonantes de afectaciones a la salud mental.

## ¿Qué podemos hacer al respecto?



Minimizar el tiempo que se dedica a mirar, leer o escuchar noticias que le causen ansiedad o angustia. Busque información únicamente de fuentes confiables y principalmente sobre medidas prácticas que le ayuden a hacer planes de protección.

Busque oportunidades de amplificar las historias e imágenes positivas y alentadoras de personas de su localidad que tuvieron COVID-19.



Mantenga sus redes de relaciones sociales. Incluso en las situaciones de aislamiento, trate en lo posible de mantener comunicación constantemente con familiares y amigas/os.



En los períodos de estrés, preste atención a sus propias necesidades y sentimientos. Ocúpese de actividades saludables que le gusten y que encuentre relajantes.



Haga ejercicio regularmente, mantenga sus rutinas habituales de sueño y consuma alimentos saludables.

Si se siente superado/a por la situación, busque ayuda profesional en un centro de salud.



# Derechos Humanos y Salud Mental

Enrique Barrales Islas\*

La Salud es un Derecho Universal inalienable de todo ser humano, y como tal está consignado en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) y es también reconocido desde el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (Organización Mundial de la Salud, Derecho a la Salud., 2008).

La definición de Salud es muy amplia, pero a la vez clara: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, Derecho a la Salud., 2008).

Esta forma de plantear el derecho a la salud corresponde a una visión del proceso salud - enfermedad mucho más completo, que considera la atención de las enfermedades, así como todas las demás condiciones de vida que en algún momento pueden requerir de una intervención médica. Así como la necesidad de establecer medidas de prevención primaria, que se refiere a todas las acciones necesarias para evitar el desarrollo de las enfermedades y también la denominada prevención terciaria, que son aquellas acciones encaminadas a tratar de minimizar o rehabilitar a la persona después de la presencia de algún periodo de enfermedad o accidente.

Ese panorama de la salud tiene una evidente influencia de parte de los grandes avances en materia del conocimiento de la fisiología y fisiopatología, que se lograron a partir del siglo XIX y que tuvo una gran influencia durante el siglo pasado. Como nunca en la historia de la

humanidad se tuvieron tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, de fisioterapia y psicoterapia; así como vacunas y mejores conocimientos en nutrición y prevención de enfermedades (Carranza, 1998).

Dentro del marco de la ciencia positiva y el método científico empírico, la medicina ha tenido que enfrentar el paradigma médico del llamado método clínico, basado en el método científico mismo, con la realidad de que los seres humanos somos una especie eminentemente cultural y, por lo tanto, se viven muy diversos matices y preconceptos de cómo enfrentar a la enfermedad y sus tratamientos; esto ha llevado a una constante revisión de los aspectos de salud que no son medibles o cuantificables, tanto en el ámbito clínico, como en el de investigación.

Es este justamente uno de los puntos de interés en cuanto al abordaje de la salud mental, su percepción sociocultural y al mismo tiempo la necesidad de métodos preventivos y de tratamiento, eficaces, actualizado y al alcance de todos.

**La separación de la salud: lo físico, lo mental y lo social.**

Mucho se ha dicho que la medicina actual está enfocada en la resolución de las enfermedades y que se ha descuidado la visión completa del ser humano en sus dimensiones física, mental, social y espiritual. Esta imagen se ve reforzada por los costos tan altos de los insumos y servicios médicos, así como de las fuertes campañas de

“... hemos vivido ya varios siglos de desigualdad de género y muchos prejuicios e imposiciones sociales, que culturalmente habían calificado de patológico, situaciones o condiciones de vida propias de la diversidad y complejidad humana y cultural. Temas y situaciones humanas como el divorcio, la diversidad de opinión, la diversidad sexo genérica, las diferencias raciales han dejado de ser vistas por la medicina como situaciones patológicas; en ausencia de evidencia científica y justificación ética para seguirlas considerando enfermedades”.

mercadotecnia que acompañan a la distribución y venta de medicamentos e insumos médicos.

Sin embargo, en el día a día, el personal de salud enfrenta, junto con pacientes y familiares, las repercusiones que tiene la salud en lo psicológico, social, familiar, laboral, económico y todo lo que significa la realidad de la vida cotidiana.

Entonces hay que considerar que esa separación es más bien una forma académica de entender, estudiar y planificar todo lo que concierne a la salud y la enfermedad, y no corresponde a una división arbitraria, sino que es consecuencia de la convergencia de los diversos campos del conocimiento que necesariamente deben intervenir.

De este supuesto, surge una pregunta que aún está en proceso de responderse: ¿qué es la salud mental? Misma que tiene una respuesta simple dentro de su propia complejidad, al ser también *el completo estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad*.<sup>1</sup>

Para el equipo médico en salud mental, es prioritaria la detección de patologías mentales; esto debido a que, en su mayoría, las personas que buscan atención en los campos de la psiquiatría y psicología, están cursado con síntomas y signos que forman parte de una patología mental; pero no es el único campo de acción en el que se debe actuar.

Ante la diversidad de información que se dispone en la actualidad, y que en su mayoría cae en el terreno de especulaciones y malas interpretaciones, es relevante destacar que el estudio de la enfermedad mental, conocido como psicopatología descriptiva, es una disciplina científica que no ha sufrido cambios importantes en su paradigma y método de aplicación en por lo menos los últimos doscientos años (Berrios, 2008). Los psiquiatras del siglo XIX, XX y XXI, describimos las mismas patologías, algunas han cambiado de nombre o de prevalencia, pero al final el ser humano padece de las mismas cosas.

Es - sin embargo - una realidad plausible,

que hemos vivido ya varios siglos de desigualdad de género y muchos prejuicios e imposiciones sociales, que culturalmente habían calificado de patológico, situaciones o condiciones de vida propias de la diversidad y complejidad humana y cultural. Temas y situaciones humanas como el divorcio, la diversidad de opinión, la diversidad sexo genérica, las diferencias raciales han dejado de ser vistas por la medicina como situaciones patológicas; en ausencia de evidencia científica y justificación ética para seguir las considerando enfermedades; y como tal los organismos oficiales de salud nacionales e internacionales se han pronunciado puntualmente al respecto.

**La crisis en salud mental no es un problema nuevo.**

“Más de 350 millones de personas de todas las edades sufre de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta.” y se calcula que por lo menos el 14% de la carga en salud a nivel mundial corresponde a las enfermedades mentales (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

A pesar de que la salud es un derecho humano universal, la diversidad de los sistemas de salud y la precariedad que se vive en muchos países, hacen insuficientes los recursos físicos y humanos para la atención en esta materia; de tal manera que, si la atención de las enfermedades dista mucho de ser eficiente, la prevención sigue siendo una tarea pendiente.

El derecho a la atención de la salud mental comprende tanto la detección oportuna y el acceso a tratamientos para las personas que padecen una enfermedad mental, la atención a las personas sin enfermedad mental, que requieren una terapia psicológica, así como la atención a personas que viven condiciones mentales “distintas” a la de la mayoría de las personas, conocido, aún extraoficialmente como “neurodivergencia” (BBC News Mundo, 2020) y que hace referencia a condiciones de vida tales como el Déficit de atención con o sin hiperactividad, el Espectro Autista, algunas formas de Discapacidad

1. ¿Cómo define la OMS la salud? Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Intelectual, así como algunos Trastornos de la Personalidad; que si bien en algunos casos o periodos de la vida requerirán de atención médica, psicológica y de trabajo social, no son en sí mismas enfermedades.

### ¿Cuáles son los retos en materia del derecho humano a la Salud mental?

La percepción social en cuanto a la enfermedad mental ha sido históricamente de miedo y rechazo, con el consecuente abandono familiar y social hacia quienes viven o han padecido alguna enfermedad mental y otras condiciones relacionadas. De tal manera que uno de los principales retos para el pleno goce del derecho a la salud, es acabar con el estigma y la discriminación generalizados que sufren las personas que son pacientes, y muchas veces el mismo personal de salud.

Por otra parte, vivimos en un momento importante en materia de derechos humanos, en los últimos años se ha reconocido y estudiado el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que nos indica que cada persona tiene la facultad para decidir autónomamente su forma de vivir. (Hernández Cruz, 2018).

Lo que significa que estamos en plena libertad de decidir, entre otras cosas el recibir o no un tratamiento médico; y que en materia de enfermedades mentales nos enfrentamos a un gran dilema bioético, cuando se trata de la atención de urgencias psiquiátricas, en las que algunos/as pacientes no están en condición mental de preservar su vida y seguridad, e inclusive la de las demás personas y conlleva la necesidad de iniciar tratamientos aún sin el consentimiento del/de la paciente.

Pero el reto más grande y compromiso más urgente que tenemos como sociedad consiste en luchar porque las personas tengamos asegurado el acceso a los servicios de salud mental, tanto preventivos como curativos, y así lograr el pleno respeto y ejercicio del derecho universal a la salud mental. 

\* Enrique Barrales Islas. Médico Psiquiatra y Maestro en Estudios Humanísticos. Psiquiatra en práctica privada en Hospiten Cancún, profesor de la Universidad La Salle Cancún en ética, desarrollo humano y psiquiatría.

drbarrales@hotmail.com

#### Referencias consultadas

- Adhanom Ghebreyesus, T. (2017). La salud es un derecho humano fundamental. Recuperado el 20 de 07 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- BBC News Mundo. (2020). Qué es la neurodiversidad y cómo algunas empresas aprovechan las mentes diferentes. Obtenido de [bbc.com](https://www.bbc.com/mundo/noticias-51483201#:~:text=La%20neurodivergencia%20%2Dtambi%C3%A9n%20conocida%20como,que%20pertenece%20al%20espectro%20autista): <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51483201#:~:text=La%20neurodivergencia%20%2Dtambi%C3%A9n%20conocida%20como,que%20pertenece%20al%20espectro%20autista>.
- Berrios, G. E. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica.
- Carranza, F. (1998). *Revolucionar la ciencia*. Buenos Aires: Javier Vergara.
- Hernández Cruz, A. (2018). Derecho al libre desarrollo de la personalidad. Obtenido de *La Jornada*: <https://www.jornada.com.mx/2018/01/19/politica/017a2pol>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 20 de 07 de 2020, de Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Derecho a la Salud. Recuperado el 20 de 07 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud y Derechos Humanos. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Recuperado el 15 de 8 de 2020, de [paho.org](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Los%20trastornos%20mentales%20y%20neuro%C3%B3gicos,5%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3): [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Los%20trastornos%20mentales%20y%20neuro%C3%B3gicos,5%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Los%20trastornos%20mentales%20y%20neuro%C3%B3gicos,5%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3)

# La influencia de la información sobre la salud mental

José Luis Castellanos\*

Rebeca Vela Nuñez\*\*

Salud y Mente son dos palabras muy importantes para nuestra existencia, sin embargo, ambas son conceptos difíciles de definir por ser abstracciones intangibles e invisibles que no se pueden reducir ni concretar; entonces para ti, ¿qué es la salud?, ¿qué es la mente?

En la actualidad contamos con una Organización Mundial de la Salud que se ha encargado de brindar un concepto institucional que nos proporciona un marco de referencia para comprender la salud desde un punto de vista “oficial”, definiéndolo como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2020).

Pero ¿qué pasa con la mente?, ¿qué es la mente? No existe una institución reconocida que ofrezca o proponga un concepto consensuado a nivel mundial para ser retomado por la mayoría. Entonces, cuando alguien comienza a estudiar algún tema relacionado con la salud mental, se suele encontrar ante una gran variedad de teorías y respuestas a esta pregunta, algunas parecidas y otras diametralmente opuestas entre sí.

Como profesionales en psicología, nos hemos topado con una gran diversidad de definiciones en la literatura propia de nuestro ramo, sin embargo, el autor que vino a revolucionar nuestro pensamiento fue Gregory Bateson con el siguiente concepto: “Una mente es un conjunto de partes o componentes que están en interacción” (Bateson, 1994, p.31).

Esta definición sin duda es compleja y poco convencional, pero es genial porque invita a

la reflexión y nos gusta por las implicaciones que tiene en su uso cotidiano. De esta manera, tal y como observa Bradford Keeney:

“El tema de limitar la mente a lo contenido dentro de un cráneo pierde sentido; en lugar de ello, allí donde haya retroalimentación se podrán en evidencia características propias de una mente. La mente de un ciego que cruza una calle incluye por fuerza su bastón, que sin duda forma parte del proceso de retroalimentación que lo guía. De igual modo, el instrumento del músico o la herramienta del carpintero forman parte de sistemas mentales durante el proceso de ejecución o de construcción” (1991,107).

En su libro “Una unidad sagrada” Gregory Bateson complementa: “La mente evidentemente no termina en la piel, sino que comprende también todos los senderos exteriores a la piel que son relevantes para el fenómeno que deseamos explicar” (1993;223).

No ver estas conexiones puede generar desequilibrios, rompiendo la armonía de la complejidad en la que vivimos. Así, este concepto de mente se traduce en apreciar las relaciones, pues de ellas depende lo que hacemos y lo que somos, nos invita a reflexionar: ¿cómo están nuestras interacciones?, ¿con qué nos estamos conectando?, ¿de qué nos estamos desconectando?

Temas como la comunicación y el diálogo, pueden cobrar relevancia en la perspectiva mental de Gregory Bateson, ya que son una forma de relacionarnos y de concretar lo abstractas que pueden ser las interacciones. Así, con el fin de

DES RESIDENTS MATT-CLAUDE-DJOSEP  
VISUALS X. MONTOJO

Days del 10 de julio hasta finales de mayo  
Desde las 10h hasta 20h todos los días  
Domingo 11h hasta 18h todos los días  
Web: www.montojovisuals.com  
Tel: 9783 00 27 Fax: 978 33 38 81

**TELEVISION**



**TÓXICA**

“... ver la salud mental como algo relacional, probablemente nos lleve a considerar y cuidar la forma cómo nos estamos relacionando con las demás personas y con nosotros/as mismos/as, a cuidar que sean vínculos sanos”.

conocer nuestra salud mental, podríamos preguntarnos cómo nos relacionamos con nuestra familia y la sociedad, qué tipo de diálogos y conversaciones mantenemos con los demás y hasta con nosotros mismos; además de cuestionarnos cómo nos afecta la información con la que interactuamos en los distintos medios informativos, tales como: redes sociales, libros, revistas, programas de televisión, cine, etc.

El propio Bateson, siendo congruente con esta forma de ver la mente, cuando estudió un tema relacionado con la salud mental como es la esquizofrenia, lo hizo desde la observación de las interacciones de los pacientes con sus familias y con profesionales psiquiatras que les atendían, poniendo particular atención a los mensajes paradójicos o contradictorios que se generaban en dichos encuentros, a partir de los cuales desarrolló toda una teoría que explica la patología mental a partir de ciertos patrones de comunicación en la familia.

Por tanto, ver la salud mental como algo relacional, probablemente nos lleve a considerar y cuidar la forma cómo nos estamos relacionando con las demás personas y con nosotros/as mismos/as, a cuidar que sean vínculos sanos. De igual forma, nos puede hacer reflexionar sobre la información que consumimos de los medios de comunicación como lo son las redes sociales, analizando el impacto que tienen en nuestra mente y salud.

A medida que pasan los años y avanzan las tecnologías de la información, es cada vez más evidente la importancia que los medios digitales cobran en nuestra vida cotidiana. Zygmunt Bauman (2012) comenta al respecto:

“[N]inguna parte es, en realidad, un espacio sin celular, un espacio fuera del área de cobertura del celular, o un celular sin batería. Y una vez que usted tiene su celular, ya nunca está afuera. Uno siempre está adentro, pero jamás encerrado en ningún lugar. En el corazón de una red de llamados y mensajes, uno es invulnerable. [...] La proximidad virtual y la no virtual han intercambiado sus lugares: ahora la proximidad en su variante virtual

se ha convertido en una 'realidad'” (Posición 1286 y 1361).

Vivimos realidades influenciadas por los medios de comunicación masivos, que por supuesto se relacionan directamente con nuestra salud mental. En la actualidad, es innegable la influencia del internet y las redes sociales en nuestra vida, pues las utilizamos para trabajar, para relacionarnos con amigos/as y familiares, para dar a conocer productos y servicios, para estar al día con las últimas noticias, entretenernos, incluso son un medio para conocer personas y entablar nuevas relaciones.

En un comunicado de prensa del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), publicado en febrero del presente año, comparten los datos de la última encuesta sobre tecnologías de la información en los hogares (ENDUTIH 2019):

“En México hay 80.6 millones de usuarios de Internet, que representan el 70.1% de la población de seis años o más. Esta cifra revela un aumento de 4.3 puntos porcentuales respecto de la registrada en 2018 (65.8%) y de 12.7 puntos porcentuales respecto a 2015 (57.4 por ciento). Las principales actividades de los usuarios de Internet en 2019 correspondieron a entretenimiento (91.5%), obtención de información (90.7%) y comunicarse (90.6%)”. (INEGI, 2020)

Es muy probable que las cifras anteriores hayan tenido un aumento significativo en los meses posteriores a marzo del 2020 debido al confinamiento por la pandemia de COVID-19 en nuestro país, momento en que el internet y las redes sociales, se convirtieron en una opción viable y segura para organizarnos socialmente ante esta crisis global que nos exigía una sana distancia y al mismo tiempo una vinculación entre las personas que nos permitiera mantener el funcionamiento y sustento social, volviéndose así, según el concepto de Bateson que hemos revisado, una parte importante de nuestra mente.

¿Qué ha sucedido desde entonces con la salud mental de la población en nuestro país?, ¿recuerdan las compras de pánico?, ¿las personas

tomando decisiones precipitadamente en base al miedo?, ¿la discriminación hacia las personas asiáticas o al personal de salud? En un artículo publicado el 27 de marzo 2020 por el Centro Nacional de Prevención de Desastres denominado: “Manejo y seguimiento del bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de COVID-19”, informa en su primer párrafo: “La pandemia por COVID-19 es un fenómeno global que provoca alteraciones en las costumbres y actividades económicas de la población, aumentando al menos al doble la tasa de trastornos emocionales” (CENAPRED, 2020).

Este dato, sin duda es significativo y confirma que sí se está dando una afectación importante en la salud mental de las personas a partir de todos los cambios que trajo consigo el COVID-19, ¿qué ha ocurrido con nuestra mente (nuestras relaciones e interacciones) durante la pandemia?, ¿con qué tipo de información nos hemos estado relacionando? Bajo los argumentos de Bateson es importante que pongamos atención a la información que recibimos y compartimos, pues ésta influye directamente en la salud mental de las personas ¿cómo se puede hacer esto?

Esta pregunta nos remonta a la idea de arqueología que Michel Foucault (2013) expone en su libro *La inquietud por la verdad: escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. En este texto se escribe:

“Con la idea de 'arqueología' se trata precisamente de recuperar la constitución de un conocimiento, es decir, de una relación entre un sujeto y un dominio de objetos, en sus raíces históricas y el movimiento del saber que lo hace posible”. (Foucault, 2013, 52)

¿Qué sucedería si al relacionarnos con la información que recibimos de nuestras redes sociales, televisión, noticieros, conversaciones, libros, diálogos internos, etc., reflexionáramos acerca de la historia de esa idea, en esa persona que nos la dice, escudriñando en su pasado e intereses, de acuerdo con las instituciones con las que simpatiza?

¿Esto podría ayudarnos a tener más salud mental? ¿Nos ayudaría a relacionarnos mejor, tener interacciones más sanas con el exterior y en nuestro interior? ¿Tomaríamos otro tipo de decisiones?

Consideramos que nuestro derecho humano a la salud mental se puede fortalecer con estas ideas de la arqueología de Foucault que acabamos de exponer. En muchas ocasiones se nos habla sobre la importancia de defender nuestros derechos, pero además de defenderlos, también es importante saber cómo podemos ejercerlos y una forma de hacerlo es considerar este tipo de reflexiones sobre la información que recibimos y transmitimos, cuestionando su origen, seleccionando aquella que nos ayude a ser mentalmente saludables y descartando aquella que nos pueda afectar negativamente.

Quizás estas ideas nos ayuden a tener una mente sana, que funciona, que piensa, que es selectiva. La mayoría de los escritos sobre salud mental según el psicólogo positivo Martin Seligman (2006) se centran en el déficit y en las patologías, en la “insalubridad mental”, pero hay poca literatura que nos diga cómo tener y fomentar la salud mental. Al respecto Gregory Bateson (1993) también decía: “Si bien es bastante fácil reconocer los momentos en los cuales todo marcha mal, resulta mucho más difícil reconocer lo mágico que tienen los momentos en que todo marcha bien” (p.341). Sin embargo, ese reconocimiento de lo que sí funciona, de lo que marcha bien, de todo lo favorable que podemos apreciar en nuestro entorno, puede hacer una gran diferencia en nuestro estado emocional y el de nuestra mente.

Estamos convencidos de que relacionarnos reflexivamente con la información que damos y recibimos, con aquello a lo que prestamos nuestra atención, nos puede ayudar a fomentar la salud mental en nosotros/as y en los demás. Siguiendo esta misma idea, Nora Bateson (una de las hijas de Gregory Bateson) en una de sus publicaciones de Facebook escribía: “Una vez un estudiante le preguntó a mi padre, <<¿Qué es la salud mental?>> Gregory Bateson murmuró y

refunfuñó, desaprobó la pregunta. Después de unos momentos dijo: <<Supongo que la salud mental dependerá de la epistemología de cada quien>> (Bateson, 2020). Al preguntarle a Nora Bateson por esta misma red social qué es para ella la salud mental, ella respondió: “El cuestionarse” (Bateson, 2020).

Siguiendo esta línea de cuestionamiento, no hay que dejar de lado el tema del poder. Los psicoterapeutas Michael White y David Epston (1993) exponen lo siguiente:

“Al considerar la dimensión constitutiva del poder. Foucault llega a la conclusión de que poder y conocimiento son inseparables, hasta tal punto que prefiere colocar ambos términos juntos: poder/conocimiento o conocimiento/poder (...) Todos nosotros actuamos coherentemente dentro y a través de un determinado campo de poder/conocimiento (...) Todos estamos presos en una red o tela de araña de poder/conocimiento, no es posible actuar fuera de este dominio, y todos sufrimos simultáneamente los efectos del poder y ejercitamos este poder en relación a los otros” (p. 38).

Hay que tener especial cuidado de los medios de comunicación que dicen tener una verdad objetiva, imparcial y neutral, ya que nadie puede tener estas características, siempre estaremos favoreciendo o empoderando a ciertas instituciones e invisibilizando a otras; por eso es recomendable que, al toparnos con nueva información, y antes de difundirla, nos preguntemos con qué sistema nos estamos vinculando, pues éste formará parte de nuestra mente y su salud.

Por tanto, para facilitar una relación reflexiva con la información que recibimos y compartimos cada día, consideramos que puede ser de utilidad plantearse las siguientes preguntas basadas en las ideas de Michel Foucault:

- ¿De dónde viene esta información?
- ¿Cuál es la historia y el contexto del autor que propone esta información?
- ¿Cuáles son sus intereses?

- ¿A qué instituciones favorece esta información?
- ¿Cómo me hace sentir? ¿De qué formas beneficia o perjudica mi entorno?
- ¿Qué quiero hacer con esta información?

Y a esta lista se le pueden añadir otras preguntas, lo importante es que, antes de dejarte llevar por una reacción emocional o un impulso, te permitas establecer una relación crítica y reflexiva que te lleve a filtrar la información con la que interactúas cotidianamente, como una forma de cuidar tu mente y tu salud. 

\*José Luis Castellanos Guevara. Maestro en Terapia Familiar, psicoterapeuta, consultor en bienestar y profesor universitario.

luis@construyamosoluciones.com , @ConSolCancun, @luisconsol

\*\*Rebeca del Carmen Vela Núñez. Maestra en Terapia Familiar, psicoterapeuta privada y consultora en bienestar.

becky@construyamosoluciones.com

#### Referencias consultadas

- Bateson, G. & Bateson, M. (1994). El temor de los ángeles. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Bateson, G. (1993). Una unidad sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Bateson, N. [Nora Bateson]. (2020). There was once a student who asked my father, "What is sanity?" GB hemmed and grumbled, he disapproved of the... [Publicación de Facebook] Recuperado de: <https://www.facebook.com/norabateson/posts/10158123166440860>

- Bauman, Z. (2012). Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. México: Fondo de Cultura Económica. Edición Kindle.

- Centro Nacional de Prevención de Desastres. (2020). Manejo y seguimiento del bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de COVID-19. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cenapred/articulos/manejo-y-seguimiento-del-bienestar-psicosocial-y-la-salud-mental-durante-el-brote-de-covid-19>

- Foucault, M. (2013). La inquietud por la verdad: escritos sobre la sexualidad y el sujeto. México: Siglo XXI editores.

- Foucault, M. (2014). Historia de la sexualidad II: El uso de los placeres. México: Siglo XXI Editores México.

- NEGI. (2020). En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares: ENDUTIH 2019. (Comunicado de prensa núm. 103/20, 17 de febrero de 2020). Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEco n/ENDUTIH\\_2019.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEco n/ENDUTIH_2019.pdf)

- Keeney, B. P. (1983/1991). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.

- Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

- Seligman, M. (2006). La auténtica felicidad. Barcelona: Ediciones Byblos.

- White, M. & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós ediciones.

# Derechos Humanos de personas con **DISCAPACIDAD psicosocial**



Históricamente ha prevalecido la perspectiva de que las Personas con Discapacidad Psicosocial (DP), son “enfermas mentales” o “anormales”, de allí que se les considere incapaces de tomar decisiones sobre sus vidas, produciéndose sistemáticas violaciones a sus derechos humanos, que van desde encierros arbitrarios hasta invisibilización y exclusión social.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad introduce un cambio de paradigma y establece que los Estados deben “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”, con el objetivo de lograr la inclusión social de las personas con DP y autonomía en la toma de decisiones sobre sus vidas.

## ALGUNOS EJEMPLOS DE **DP:**

- **DEPRESIÓN CRÓNICA.**
- **PSICOSIS.**
- **ESQUIZOFRENIA.**
- **TRASTORNOS DUAL Y BIPOLAR.**
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD.**

## Estos son sus **DERECHOS humanos**

- Ser sujetas de derechos y ejercerlos.
- Tomar decisiones autónomas e independientes.
- Reconocimiento a su personalidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas.
- A no ser sometidas a aislamientos arbitrarios o encierros involuntarios.
- A no ser sometida a tratamientos sin su consentimiento.
- A vivir en comunidad.
- A tener una vida digna.

# Conociendo a la COMISIÓN

## Entrevista a Liliana Cruz Figueroa

Por: Odette Aurora Solís García.

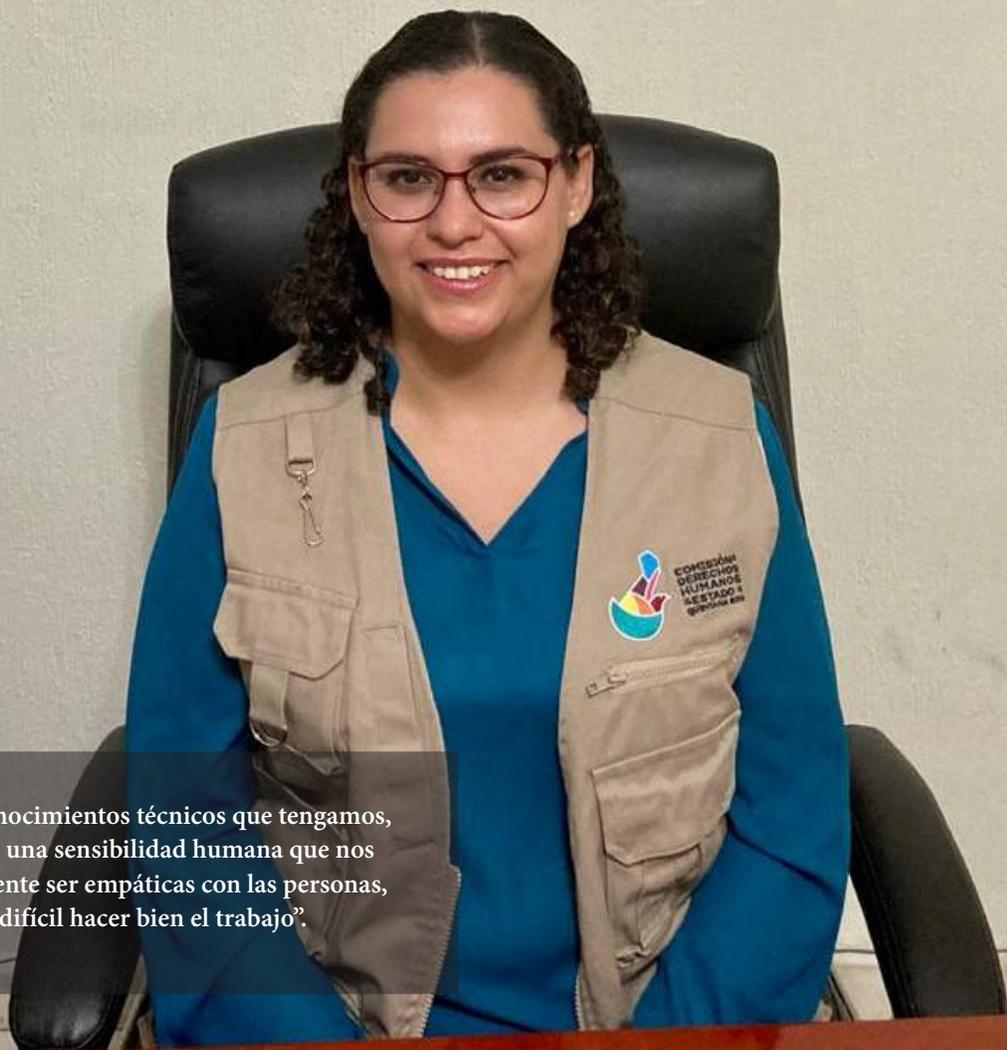
*“La salud mental de las personas servidoras públicas que trabajan con víctimas no es nada sencillo; creo que no es para todas las personas, pues en menor o mayor medida somos tocadas porque estamos ahí, de frente con el sufrimiento humano”.*

Liliana Cruz Figueroa, quien ya se venía desempeñando en este organismo público como Perito especializada en Tortura desde finales de 2019, fue nombrada en el mes de septiembre de este año como Directora del Centro de Atención a Víctimas (CAVI) de la Comisión de los Derechos Humanos. Cruz Figueroa es una mujer joven que ha logrado cultivar una formación sólida y acumular experiencias valiosas que le han permitido llegar a esta Dirección. Llega con una propuesta específica para atender de manera eficiente, eficaz, pero sobre todo con humanismo, a las personas usuarias del CAVI, un área muy sensible y que se relaciona con la salud mental de las quejas y posibles víctimas de violaciones a sus derechos.

**- Recientemente fuiste nombrada como directora del Centro de Atención a Víctimas de esta Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo. Háblanos un poco de tu formación en atención a víctimas.**

**R:** Mi formación inicial es como psicóloga clínica en la Universidad Veracruzana. He estado en contacto con víctimas desde antes de los 20 años. De hecho, prácticamente, desde la universidad fui eligiendo los programas, prácticas, cursos, talleres o conferencias que tenían que ver con esta

temática, principalmente en víctimas de violencia. En la maestría empecé a especializarme en temas de problemas de salud mental de trastornos, incluso también derivados de la violencia. En la Clínica Psiquiátrica de San Luis Potosí, atendía mayormente mujeres con intentos de suicidio que tenían una situación de violencia familiar y violencia sexual. Después inicio mi trabajo en la Asociación Médicos sin Fronteras, en Acapulco, Guerrero que se dedicaba exclusivamente atender a víctimas del crimen organizado. Cuando estuve allá fue declarada la tercer ciudad más violenta del mundo con el mismo número de muertes que Siria que estaba en ese momento en guerra. Todo lo que veíamos ahí sobre todo en materia de formación era la intervención en crisis, el acompañamiento psicosocial. En los últimos años en lo que me he dedicado más es a la atención de sobrevivientes de tortura, porque después de Acapulco me trasladé a un proyecto de la misma organización pero en atención a transmigrantes que habían huido de su país por motivos de violencia. Estuvimos trabajando con personas refugiadas, con solicitantes de asilo de - literal - todas partes del mundo, que eran presos políticos, porque habían estado secuestrados y por que estaban solicitando el refugio en nuestro país; ahí es cuando inicio valoraciones del Protocolo de Estambul.



“...por más conocimientos técnicos que tengamos, si no tenemos una sensibilidad humana que nos permita realmente ser empáticas con las personas, es muy difícil hacer bien el trabajo”.

- **Me llama la atención como comentabas que, desde tu proceso temprano de formación inicial, tenías un especial interés en atender a personas que han sido víctimas de violencia. ¿Hay alguna razón en particular por la que te dedicaste a esto?**

R: Podría ser algo contextual. A mediados de mi formación académica en la licenciatura es justo cuando se desata la guerra contra el narcotráfico en el sexenio de Calderón, y Veracruz fue uno de los puntos más álgidos de violencia en aquella época por el 2010. Recuerdo claramente cuando llegó el Cartel de los Zetas y se posiciona en el Estado y se suscitan muchas cosas, desde que llegaban a los autos a llevarse personas, balaceras que ahora ya es algo muy común, pero antes de eso no lo era tanto. Es ahí cuando se detona el tema de las afectaciones al personal de salud. Esto hizo que la facultad en general respondiera con programas de atención para todas estas personas en razones de prevención: desde intervención psicosocial, psicoterapéutica y que pudiéramos irnos formando. Entonces me sentía convocada porque era algo que estábamos sufriendo en general como jóvenes y también tiene que ver con la carrera en sí, pues esta carrera fue convocada a luchar por estos temas sociales.

- **Previa a tu llegada a la Comisión, ¿qué experiencias profesionales destacarías de tu trayectoria laboral que contribuyera a tu servicio de atención a víctimas?**

R: Muchísimas, es difícil de elegir, yo creo que la mayoría de las atenciones que he dado me han marcado, claro que hay algunas mucho más importantes. Una de las que recuerdo como entre las más fuertes fue un evento donde el crimen organizado ataca a una familia completa en el cual me tocó hacer un acompañamiento psicoterapéutico con los niños. Podría hablar en general de toda la atención a las sobrevivientes de violencia sexual que me parece impresionante, que las mujeres iniciaran su relato diciendo “nunca le he contado a nadie esto” y ya habían pasado como 20 años. Es una población muy vulnerable en muchos sentidos porque normalizan la violencia, nacieron en un contexto de violencia no se ven fuera de ella y lo aceptan con resignación sin tener

herramientas para poder salir, ahí me parece justo muy importante destacar la función del trabajo en salud mental para estas personas.

- **Desde tu perspectiva, ¿cuáles son los aspectos básicos y perfiles que deben tener las personas en el servicio público que atienden a víctimas de violaciones a derechos humanos?**

R: Indiscutiblemente sensibilidad. Creo que por más conocimientos técnicos que tengamos, si no tenemos una sensibilidad humana que nos permita realmente ser empáticas con las personas, es muy difícil hacer bien tu trabajo. La salud mental de las personas servidoras públicas que trabajan con víctimas no es nada sencillo; creo que no es para todas las personas, pues en menor o mayor medida somos tocadas porque estamos ahí de frente con el sufrimiento humano. No es fácil estar escuchando todos los días quejas y violaciones a derechos humanos cada vez más fuertes. Como humanos también nos permitimos afectarnos por eso; aquí lo indispensable es no permitir que eso permee o disminuya la calidad en la atención y yo diría que saberlo reconocer, eso es algo que yo he visto y he vivido de forma personal, saber reconocer cuando hay momentos en los que tal vez sea bueno hacer una pausa antes de pasar a otro trabajo.

- **Existen muchos prejuicios y estigmas sobre las personas que han padecido tortura. Explícanos ¿por qué es importante prestar atención a los casos de tortura y cuáles son los riesgos sociales de “normalizar” o no actuar contundentemente por la erradicación de la tortura?**

R: Lamentablemente nos encontramos mucho con esa frase que “defendemos delincuentes” o que los sacamos de la cárcel. A mí me parece muy fuerte y siempre devuelvo la parte de que defendemos personas, reivindicamos derechos universales. Desgraciadamente la tortura es algo que pasa en todo el mundo. Definir “vivió o no vivió” tortura no es nuestro trabajo. Nuestro trabajo es determinar si existe evidencia científica que lo pueda comprobar en una queja. Creo que lo inicial es reivindicar que todas somos personas, en este caso que pudieron o no haber cometido algún

delito. Todas somos personas y tenemos derechos sin importar lo que hayamos hecho. Este es un discurso con el que siempre inicio mis evaluaciones porque me toca encontrarme con personas que a sí mismas no se asumen como sujetas de derecho. Al exterior me topo con esta visión demasiado permeada de que es una pérdida de tiempo, que es algo injusto y como sentido de venganza. Cuando se comete un delito se pierde la libertad, no el derecho al acceso a la salud, a tener relaciones interpersonales. Como psicóloga veo personas que cometen delitos y personas víctimas de un delito, pero sigo viendo sentimientos, tristeza, enojo, culpa, justicia, frustración, depresión, insomnio. Es curioso, cuando estás en ambos lados ves que no hay tanta diferencia en los mecanismos que utilizan las personas, en la forma en la que viven las experiencias; incluso pensando en personas que sí hayan cometido delitos es interesante ver todas las partes de su historia psicosocial previa, pues muchas de ellas han sido víctimas de delitos previamente. En el país estamos viendo el espacio de vulnerabilidad en cuestiones económicas, de migración, social, política que a todas las personas nos afectan en mayor o menor medida.

**- Generalmente los servicios de atención más conocidas de la CDHEQROO son las que se brindan en las visitadurías y de capacitación de esta comisión. ¿Qué le dirías al público que nos lee, sobre cuál es la función del CAVI dentro de la comisión y su importancia?**

**R:** De entrada, el CAVI brinda atención médica o psicológica a personas que hayan sido víctimas de algún tipo de violación a sus derechos humanos. Se dice sencillo, pero estamos hablando de todo esto que ya mencioné anteriormente y son personas que presentan una queja, pero que también tienen de fondo algún padecimiento físico o emocional que es necesario atender. Algo que estamos trabajando recientemente con personal de visitaduría es incluir a las áreas psicológica y médica en la recepción de la queja, porque este tema de la obtención de la información cuando una persona presenta una queja cambia cuando está en crisis: si acaban de ser violentadas/os y llegan golpeada/os o han vivido algún abuso sexual

es difícil que puedan compartir todo lo que los/as abogados/as necesitan para poder armar y argumentar un caso. También es importante en muchos casos la contención y el apoyo en las entrevistas, y es apoyo en muchos sentidos. Cuando pensamos en tortura, pensamos en personas que cometieron un delito que están en la cárcel. No es así. También nos podemos encontrar tortura en espacios escolares, por lo que podrían necesitar una intervención; también en hospitales en casos de negligencia médica. Además de la atención directa que es brindar servicios profesionales sanitarios a las víctimas, está también la parte forense en el sentido de protocolo de Estambul.

**- ¿Qué tipo de liderazgo asumes al frente de esta área tan sensible, en especial cuando formas parte incluso de un equipo multidisciplinario para la atención de la tortura?**

**R:** La horizontalidad. Sabemos que hay un tema de dirección como tal, pero más que verlo algo autócrata me gusta pensar en la comunicación horizontal. Si bien asumo la dirección del centro, no he dejado de realizar peritajes del protocolo de Estambul, lo que me permite no estar distante, porque ese es uno de los vicios, nos trasladamos a esta parte de la oficina, a lo administrativo y parece que por esta misma sobrecarga se para un poco el trabajo de campo. Estar trabajando de la mano con mis compañeras y compañeros me permite entender lo que ellos están viviendo y poder tener mayor claridad para saber en dónde hay que trabajar, qué puntos hay que reforzar y cómo se puede hacer. Con el equipo interdisciplinario (profesionales de derecho, medicina y psicología) que tenemos ahora, casi siempre vamos de la mano. Con el tema jurídico cambia muchísimo el sentido de nuestro trabajo, pero la percepción que pueden tener todas las personas desde distintos haberes enriquece el trabajo para poder dar una atención integral. Poder estar de la mano en un liderazgo, tomándolo no como alguien que jala o que empuja, sino como alguien que acompaña, que vamos todas juntas es la propuesta de este espacio para ser sensibles, no solo en la atención a víctimas, sino también a lo que vive el equipo.

- ¿Cuáles son tus proyectos, propuestas y/o encomiendas para consolidar los servicios de atención del CAVI y sobre el modelo de atención a víctimas?

**R:** Iniciamos con la lucha contra el rezago de los casos, y la meta es que en diciembre ya no tengamos ninguna persona que nos haga falta por valorar. Se tomará como urgentes el tema de la tortura como una emergencia de salud que es y de atención que anteriormente no se veía. Mi propuesta número uno es hacer que el equipo de psicología y medicina estén posicionados desde la recepción de la queja para que puedan obtener información precisa y que si detectamos alguna persona que ha sufrido tortura o malos tratos intervenir desde ese momento. En estos días hemos iniciado con quejas que han llegado y en un lapso de uno a tres días están teniendo su Protocolo de Estambul eso me parece algo importante porque a nivel de salud física y emocional lo cambia todo: desde que puedes atender alguna enfermedad o alguna lesión hasta que también puedes prevenir la emergencia de un trastorno de salud mental crónico, lo cual es una diferencia fundamental en mejorar la calidad de vida de las personas que nosotras atendemos. 



# Ubica nuestras oficinas en todo el Estado

## Bacalar

Calle 5, s/n, entre calles 16 y 18, col. Centro.  
C.P. 77930. Municipio de Bacalar, Quintana Roo.  
Tel: 983 1263101

## Cozumel

Calle 2 entre calles 10 y 15, col. Centro.  
C.P. 77600. Municipio de Cozumel, Quintana Roo.  
Tel: 987 872 4152

## Isla Mujeres

Av. Francisco I. Madero #8, esquina Vicente Guerrero, col. Centro.  
C.P. 77400 Municipio de Isla Mujeres, Quintana Roo.  
Tel: 998 877 1756

## Kantunilkin

C. Lázaro Cárdenas, s/n, entre 18 de marzo y Benito Juárez, col. Centro.  
C.P. 77300. Municipio de Lázaro Cárdenas, Quintana Roo.  
Tel: 984 875 0199

## Puerto Morelos

Av. José María Morelos # 16, con Adolfo López Mateos, col. Centro.  
C.P. 77580. Municipio de Puerto Morelos, Quintana Roo.  
Tel: 998 495 5819

## Tulum

C. Polar poniente, Lt. 2, Mz. 4, esq. Acuario Norte, col. Centro.  
C.P. 77780. Municipio de Tulum, Quintana Roo.  
Tel: 984 802 5548

## Benito Juárez

Calle Pecari # 24, Mz. 4, Sm-20, col. Centro.  
C.P. 77500. Ciudad de Cancún, Quintana Roo.  
Tel: 998 898 2290

## Felipe Carrillo Puerto

Calle 68, s/n, entre calles 61 y 63, col. Centro.  
C.P. 77200. Municipio de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo.  
Tel: 983 834 1244

## José María Morelos

C. Coba, s/n, entre Chilam Balam y Jacinto Pat, col. Centro.  
C.P. 77890. Municipio de José María Morelos, Quintana Roo.  
Tel: 997-978 0311

## Chetumal

Av. Adolfo López Mateos # 424, esq. Nápoles, col. Campestre.  
C.P. 77030, Municipio de Othón P. Blanco, Quintana Roo.  
Tel: 983 832 7090

## Playa del Carmen

Av. 28 de julio # 31, con Chemuyil y Sian Ka'an, fracc. La Toscana.  
C.P. 77725. Municipio de Solidaridad, Quintana Roo.  
Tel: 984 803 0002

Ingresa a nuestra página en internet

[www.cdheqroo.org.mx](http://www.cdheqroo.org.mx)

en donde, además de encontrar nuestras campañas de difusión dirigidas a distintos segmentos poblacionales y podrás obtener información interesante sobre tus derechos.



ifedh

Instituto de Formación  
Especializada en  
Derechos Humanos

“Tu dignidad ante todo”  
“A máakil tu láan tuláakal ba’al”

