

PONENCIAS 2016

5°
Congreso
Internacional

PSICOLOGÍA
Y EDUCACIÓN

BOGOTÁ
COLOMBIA

2 AL 6 DE NOVIEMBRE DE 2016



LAS LIMITACIONES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL LATINOAMERICANA

Angie Carolina Patiño Oviedo
Estudiante - Corporación Universitaria Minuto de Dios
Regional Soacha - Colombia

El objetivo de ésta revisión, es realizar una reflexión en torno a los diversas variables que han dificultado el cumplimiento de garantías en relación a la Salud Mental en países latinoamericanos, haciendo énfasis en el contexto colombiano, como lo son: el sistema de salud actual, la formación de profesionales de la salud, los programas de evaluación e intervención, la visión actual de la sociedad frente al tema y finalmente la garantización de participación de la comunidad frente a las políticas públicas de Salud Mental. A partir de lo anterior, se propone la discusión del tema desde tres puntos, la participación de la comunidad, la brecha entre la realidad y la implementación de las leyes y políticas públicas y por último, la intervención de los equipos de profesionales frente al tema. Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de repensar los currículos con los cuales se están formando los profesionales de la salud, así como los procesos de evaluación y de intervención de una orientación individual hacia una orientación a lo comunitario, que contribuya a la reducción de la brecha entre las legislaciones en salud mental y la realidad social, partiendo de un acercamiento holístico y transdisciplinar de los diferentes agentes que intervienen en la concepción y el servicio de la Salud Mental, con las comunidades, promoviendo su activa participación.

A lo largo de la historia de Latinoamérica, incluyendo a Colombia, el término de “Salud Mental” fue paulatinamente considerándose como elemento fundamental para el bienestar general de cada

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

individuo integrante de la sociedad, por lo cual, se crearon varias legislaciones, como por ejemplo la política pública de salud mental y también la ley 1616 del 2013, expedida por el congreso de la república de Colombia, que propiciaron el control de ajuste a la actividad de los profesionales en relación a la misma, con el fin garantizar el ejercicio pleno del derecho de la Salud Mental. Así mismo, diversos países latinoamericanos han desarrollado e implementado políticas públicas en referencia a la Salud Mental, en algunos de ellos la implementación ha sido positiva ya que el trabajo conjunto tanto de los sistemas gubernamentales, entidades tanto públicas como privadas, equipos de profesionales y la participación activa de la comunidad ha generado resultados asertivos en relación a la promoción de la Salud Mental. Se han encontrado experiencias relacionadas con la participación y empoderamiento de la comunidad en la solución de sus problemáticas, lo que pone de manifiesto la importancia del acompañamiento que diversas disciplinas han tenido con éstos procesos en torno a un objetivo en común, cuya característica primordial es su espíritu transdisciplinar (Bang, 2012).

Por el contrario, en otros países latinoamericanos incluyendo Colombia, se han observado avances en el desarrollo de las políticas y planes en Salud Mental, pero han surgido importantes limitaciones en la implementación de las mismas, por causas de tipo financiero, falta de apoyo institucional, escasa participación de la comunidad y la predominancia de un modelo biomédico entre otras, lo que ha causado el distanciamiento de los actores involucrados, que contribuye a generar un estancamiento en las soluciones de las problemáticas.

La OMS, la OPS y diferentes entes gubernamentales y no gubernamentales han desarrollado diversas estrategias para el avance en las problemáticas presentadas, como cita Saraceno (2007):

“La OMS promueve ese modelo en una escala mundial, basándose en los principios y estrategias delineados en la Declaración de Caracas y en otras experiencias (...) la OMS está promoviendo un cambio en los paradigmas (...), no cesará sus esfuerzos para apoyar las acciones encaminadas a llevar a la práctica los cambios concertados en Caracas y para promoverlos, particularmente en aquellos países que aún no estuviesen listos para hacerlo. Este es nuestro compromiso, vigente en las Américas desde hace años”.

La Salud Mental se define *“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, además es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2004). Por otro lado, Houtman & Kompier (1998) consideran que la salud mental puede comprenderse en el sujeto desde múltiples perspectivas, como el ámbito psicológico, social, biológico, entre otros, *“un estado, por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativo”*) y por último, la ley 1616 del 2013 en Colombia, establece la Salud Mental *“como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.”* (Congreso de república de Colombia, 2013).

En el caso colombiano, años atrás, la Salud Mental aún no estaba contemplada dentro del sistema de salud, con el tiempo se consideró como parte importante para cada persona, así pues en 1998 mediante la resolución 2358 del Ministerio de Salud adoptó la primera política nacional de Salud Mental, en la cual se establecieron objetivos, estrategias y metas para propiciar el bienestar psicológico de cada colombiano. La Política nacional de Salud Mental es una política integral que asume la salud como un todo, incluido el componente de salud mental en el cual considera los niveles de promoción, prevención y rehabilitación como elementos relacionados, y asume la continuidad de la atención y además es coherente en lo estipulado por la constitución política de Colombia, las normas y legislaciones en materia a los derechos humanos con respecto a la salud en general. (Ministerio de salud y protección social, 2012).

La ley 1616 del 2013, fue asignada para el control y ajuste de la política pública de Salud Mental, la cual estipula que la Salud Mental es un derecho prioritario y asunto de interés nacional, que tiene como objeto *“garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental”* (Congreso de la república de Colombia, 2013).

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

Es importante dentro de la ley, el concepto de la atención integral e integrada *“que hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas”*, así mismo el trastorno mental que se entiende como *“una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo (...)”* (Congreso de la república de Colombia, 2013), y por último la discapacidad mental *“que se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos...”* (Congreso de la república de Colombia, 2013), lo anterior contribuye a establecer la visión de salud mental que aún impera en la legislación colombiana.

Igualmente, ésta puede ofrecer diferentes oportunidades para los colombianos como la atención *“especializada, digna y oportuna”*, mediante la utilización de instrumentos válidos empíricamente en la investigación científica, y así mismo la autonomía del profesional que pueda garantizar el cambio oportuno en las esferas funcionales del individuo. Como se mencionaba anteriormente, ofrece la atención integral e integrada a las diversas necesidades que pueda tener una población específica o una comunidad con respecto a la evaluación, diagnóstico, intervención y rehabilitación psicosocial en salud mental, haciendo énfasis en la atención en niños, niñas y adolescentes en relación a la promoción y prevención de elementos que puedan perjudicar las áreas de ajuste de cada uno de ellos (Rodríguez y Baquero, 2014).

Por otro lado, la ley 1616 del 2013, estipula la garantía de participación que se fundamenta desde el marco legal del mismo artículo, el cual deberá garantizar la participación activa de la comunidad en general como son, sistemas familiares, cuidadores y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste de la construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la Salud Mental.

En la revisión de la literatura sobre participación comunitaria, ha permitido concluir que es un elemento importante dentro del diseño de políticas públicas de salud en América Latina (Bang &

Stolkiner, 2013), ya que desde las políticas de promoción de salud, se ha definido como un punto indispensable el fortalecer la acción comunitaria a partir de su participación activa (Bang, 2012).

Por tanto, *“el abordaje comunitario genera grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja, no solo con usuarios del sistema de salud mental, sino que incluye a su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales en su complejidad, produciendo una clínica ampliada”*. (Bang, 2014).

Así pues, la participación se realizaría *“a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud”* (OMS, 1986). El trabajo realizado con la comunidad en pro a la Salud Mental propician la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la misma como sujeto activo de transformación de sus realidades (Bang, 2011). En la actualidad, resulta imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención, y específicamente en lo referente a promoción en salud mental. (Galende, 1997).

Adicionalmente, el esfuerzo constante en las últimas décadas por las entidades internacionales, por la comunidad científica, por las entidades internacionales y nacionales de cada país, por grupos selectos de académicos y cívicos ha sido promover la adopción de un modelo comunitario de cuidados primarios de salud y en su conjunto, se ha demostrado que los principios de la Declaración de Caracas inspiraron la implementación de procesos de cambio y ayudaron a desarrollar en muchos lugares una dinámica con enorme creatividad (Caldas, 2007), pero solo han tenido éxito relativo.

Desde un ámbito general, los precursores de la Salud Mental latinoamericana observaron un despertar en la atención referida a la comunidad y cómo se destaca la participación de la misma como un elemento esencial en el éxito de los proyectos en pro a la Salud Mental donde se desarrolla planes comunitarios, los cuales ya se han puesto en marcha en algunos países que ofrecen servicios como parte de un programa de salud pública que actúan a la par los equipos de profesionales y voluntarios de la comunidad en prever problemáticas emocionales y conductuales. (Busnello,

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

1976). Gracias a estas iniciativas y al programa de acción global que les ha dado seguimiento, la Salud Mental ha obtenido una mayor visibilidad en todo el mundo, habiéndose desarrollado un conjunto de instrumentos y programas extremadamente útiles para el planeamiento, monitoreo y evaluación de reformas de salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (2004) ha aunado esfuerzos con la OMS y, junto con los países, han trabajado intensamente en los últimos años en el desarrollo de políticas, planes y servicios, así como en la actualización de la legislación en materia de Salud Mental y la promoción de los derechos humanos, como se observó en el caso colombiano. También la división de fortalecimiento de los servicios de la OMS (1975) *“incluye la descripción de diez programas de salud comunitaria realizados en grandes países con diferencias geográficas y políticas que atribuyen la participación de la comunidad en problemáticas relacionadas a la misma”*, la respuesta por la población general a los programas de cuidados primarios de salud mental en centros de salud pública parece ser positiva hasta donde ha sido posible documentarla. (León, 1971). No se registran actitudes de franco rechazo o menosprecio. (López, 1995).

Continuando con lo anterior, la ley colombiana de Salud Mental *“ofrece la posibilidad de creación y capacitación de equipos interdisciplinarios que estarán conformados por los siguientes campos como lo son: Psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, terapia psicosocial, médico general, entre otros profesionales”* (Congreso de la República de Colombia, 2013). Éste equipo tendrá el deber de garantizar la prevención y la atención integral siguiendo las guías y protocolos vigentes, con el fin de responder por el respeto de la dignidad y derechos humanos de las personas.

Para lo anterior, el mismo congreso menciona que los equipos interdisciplinarios podrán trabajar en las modalidades y servicios implementados en la atención integral e integrada en la Salud Mental que deben ser constatadas de la siguiente manera: *“Atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención pre-hospitalaria, centro de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centro de salud mental comunitario, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospital de día para adultos, hospital de día para niñas, niños y adolescentes,*

rehabilitación basada en comunidad, unidades de salud mental, urgencia de psiquiatría.” (Congreso de la república de Colombia, 2013).

Así pues es importante dar una definición de interdisciplinariedad la cual no es única ni clara, ya que en varios artículos relacionados a tal término, dan una definición vaga y confusa a la hora de diferenciar con otros tipos de disciplinariedades como lo es multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad. “Es muy difícil, por no decir imposible”, establecer diferencias claramente justificables entre estos conceptos (Fernández, 2010), sin embargo se puede realizar un acercamiento de lo que es *“incorpora los resultados de las diversas disciplinas, tomándolas de los diferentes esquemas conceptuales de análisis, sometiéndolas a comparación y enjuiciamiento y, finalmente, integrándolas.”* (Tamayo y Tamayo, s.f). En la enseñanza y la investigación interdisciplinar conllevan identificar el problema sobre el cual trabajar, evaluar las suposiciones y terminología del contexto del problema, resolver los conflictos entre disciplinas, crear un campo teórico-práctico común, construir una nueva comprensión del problema, generar un modelo de esta nueva perspectiva, y, por último, ponerlo en práctica para ver si soluciona la problemática (Newell, 2001). Para lo anterior, dentro del equipo interdisciplinario debe tener las siguientes características: intrapersonales que hace referencia a las competencias que pueda tener el profesional y también cuales pueden ser limitaciones en su disciplina, interpersonales que es sinónimo de la cohesión social, organizacionales en cuanto a apoyos e incentivos organizacionales para hacer sostenible el trabajo en equipo colaborativo, entre muchas otras. (Fernández, 2010).

Dentro de éste equipo, la actividad profesional del psicólogo, estipulado en la ley 1090 del 2006, deberá tener conocimientos con respecto al diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en las distintas áreas de la psicología aplicada (Congreso de la república de Colombia, 2006) y también al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado, los alcances y limitaciones del trabajo, los costos, y la utilización confidencial que se dará a los resultados.

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

Se han identificado tres puntos importantes en relación a la reflexión propuesta: La participación comunitaria, implementación de las políticas públicas y leyes en torno a la Salud Mental y los equipos profesionales de la misma.

La participación comunitaria como bien ya se mencionó en este apartado, puede generar soluciones colectivas por parte de la misma, donde se realice un trabajo en conjunto con la comunidad, los equipos de profesionales de la Salud Mental y el gobierno correspondiente. Sin embargo, se ha presentado en diversos países un abandono parcial por las partes involucradas. En primera instancia, es indispensable la atención y la disposición política que anime y respalde la creación de un sistema de servicios orientados al bienestar social, donde se haga énfasis en la salud y la educación. Pero, el sistema gubernamental no le ha dado la importancia prioritaria a las partidas presupuestales asignadas a ellas por los gobiernos, generando un déficit permanente de recursos (...) Más aún, los gobiernos han dado sólo una aceptación protocolaria de las recomendaciones pero sin respaldo institucional para que se lleven a cabo de la mejor manera con el equipo en contacto con la comunidad (León, 1999). En segunda instancia, la participación y acompañamiento por parte de los equipos de profesionales en Salud Mental puede dificultarse por las variables anteriormente mencionadas.

Así pues, en el caso colombiano, con la creación de la ley ya mencionada ha sido de gran avance para así lograr su implementación “ya que la ley hace apuestas que tendrán efectos importantes en la realidad de las personas y grupos poblacionales, y que habrán de tener estrategias claras y efectivas para ser insertadas dentro del Sistema General de Seguridad Social Colombiana” (Tobón, 2011), pero con los contratiempos observados, así como recursos para su implementación y cumplimiento como lo es la garantización de la participación comunitaria ya que “se requiere disposición de las personas y las comunidades para aportar en dicho abordaje” (Tobón, 2011), no se ha desarrollado los objetivos mencionados por la misma. Ahora bien, la reglamentación de la Ley 1616 de 2013 constituye una gran oportunidad para los diversos actores del ámbito de la Salud Mental (instituciones públicas, privadas, profesionales y ciudadanos) ya que convoca a reflexionar, proponer e inventar nuevas formas de acción que antes no se contemplaban a nivel político, como la Atención Primaria en Salud Mental y la salud mental comunitaria. *“Lo anterior implica que esté abierto el espacio de dialogo para proponer nuevos dispositivos de promoción, prevención,*

tratamiento y rehabilitación en salud mental. Lugares que posibiliten el encuentro, la palabra y la escucha; lugares donde los sujetos puedan construir mejores formas de arreglárselas” (Castro & Munévar, 2014), sin embargo, no se ha logrado de la manera esperada.

No obstante, en la revisión se encuentran casos destacados de países latinoamericanos en los cuales las leyes nacionales implementadas para la Salud Mental ofrece un marco legal que impulsaron la implementación de prácticas de Salud Mental con base en la comunidad (Bang, 2012), para así promover el desarrollo de dispositivos y formas de abordaje que incluyen intervenciones comunitarias desde y hacia las instituciones de Salud Mental (Corín, 2013) en referencia a problemáticas como seguridad social dado que los espacios públicos se restringen y amplias áreas de la ciudad son vividos como peligrosas (Stolkiner, 1994). Para combatir lo anterior se ha desarrollado la promoción integral de Salud Mental en varios sectores mediante el “juego”, a través del cual se pretende generar un vínculo más cercano entre las personas integrantes de la comunidad y los profesionales, el cual es generalmente percibido como distante por parte de la misma. (Bang, 2012).

Por último, se puede mencionar que en algunos de los países latinoamericanos tienen hoy políticas y planes de Salud Mental y que a su vez también ya se están implementando, pero la realidad es que la mayor parte de la población continúa sin tener acceso al conjunto mínimo de cuidados que sería posible brindarles actualmente. Con lo postulado, Caldas (2007), desarrolla una pregunta importante de formular y es la de saber hasta qué punto las políticas y los planes aprobados en los países han resultado en cambios significativos para la atención de Salud Mental y más en el ámbito comunitario, y así mismo, ¿Cuántos de los profesionales egresados están fortaleciendo e integrando la participación de la comunidad?, y también ¿De qué manera estamos empoderando a la comunidad para que se pueda efectuar la ley correctamente?

Consiguientemente a lo anterior, se han identificado varios contratiempos en relación a lo que respecta la ley 1616 del 2013, y a su vez la actividad profesional del psicólogo en torno a la concepción de Salud Mental ya que tanto la política pública ya establecida y la ley mencionada proponen concebir el concepto de Salud Mental en un paradigma psicopatológico, estigmatizando lo que refiere al trastorno mental por medio de una visión psiquiátrica positivista definida por la

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

nosología y la semiología del manual más reconocido a nivel mundial, el DSM (Castro & Munévar, 2014), en el que se tiene en cuenta la intervención en el trastorno mental con el uso de fármacos (Parales, Urrego, Herazo & González, 2014). Por otro lado, en relación a la actividad del psicólogo hay más de treinta mil profesionales en psicología y más de treinta mil estudiantes de la misma, de los cuales están finalizando su carrera con fallas en su preparación para la evaluación y la intervención, por lo cual habría una incongruencia en lo que respecta a la implementación de las políticas públicas de Salud Mental y a la realidad.

También el sistema de salud que se rige en el contexto colombiano ha predominado con un carácter interdisciplinario y fragmentado ya que se ha convertido en una competencia de poder y jerarquía entre las tantas disciplinas relacionadas en la Salud Mental y que a su vez no cumplen con las características mínimas que se plantearon anteriormente, en otras palabras se establece una visión de potestad vertical sobreponiendo profesionales, tecnólogos, técnicos y personas naturales. Por lo tanto según Morin y Piatelli-Palmarini (s.f) el alcance de la mera interdisciplinaria resulta por tanto insuficiente en este terreno de la investigación e intervención sobre el hombre como sistema global. Su papel se limita, según estos dos autores, a *“establecer relaciones diplomáticas entre las partes [...] y agudizar la sensibilidad respecto a los puntos de vista ajenos”*.

A pesar de que la ley 1616 del 2013 tiene un modelo práctico interdisciplinario, posee un espíritu transdisciplinario, que se conceptualiza como requerimiento que varias disciplinas se organicen en torno a un único paradigma teórico, o adopten de forma conjunta una metodología particular, o, por decirlo en palabras del propio Gusdorf, se sitúen en una perspectiva de objetivos *“que reúna en el horizonte del saber, agrupadas en una dimensión horizontal, las intenciones y preocupaciones de las diversas epistemologías”* (Gusdorf, 1977) en el cual se tiene en cuenta para la identificación de una problemática diferentes perspectivas como bien pueden ser los miembros de la comunidad, profesionales y/o especialistas de las cuales se podría propiciar intervenciones intersectoriales más efectivas, y sugieren realizar un cambio organizacional en el que se modifiquen estilos de trabajo y formas auto-organizativas de la actividad científica para la resolución del mismo, (Bentacourt, 2013), trascendiendo los lineamientos científicos y así tener en cuenta las experiencias de cada uno de los individuos del contexto.

De ésta manera reconstruir una visión horizontal la cual no tenga algún tipo de limitación en las disciplinas con el fin de mitigar la problemática colectiva. Sin embargo a pesar de que dicha ley esté estipulada la inclusión de los miembros de la comunidad por medio de la atención integral e integrada en el artículo 10 de la misma *“El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en Salud Mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.”* (Congreso de la república de Colombia, 2013), se está dando acceso limitado por una justificación interdisciplinar, dando como resultado el cierre de la posibilidad de la rehabilitación basada en la comunidad.

Después de lo hablado, es importante mencionar los nuevos retos de los actores participantes en pro a la Salud Mental en el contexto colombiano y a los cercanos al mismo.

En primer lugar, reformular los curriculums de los equipos profesionales involucrados en relación de una intervención individual a una comunitaria para reducir la brecha que hay entre lo estipulado por las leyes y políticas públicas de Salud Mental y la realidad que se está viviendo, por medio de estrategias a desarrollar para empoderar a la comunidad y así mismo ser parte de las soluciones para así concientizar a la comunidad de los resultados que puede generar el fenómeno. Se debe saber

En segundo lugar, el individualismo, el "secretismo profesional", entendido como una especie de arcano secreto de lo que cada uno hace de su "técnica", son asimismo actitudes que retardan y violentan los intentos de buscar espacios de definición profesional más afines y sensibles a las necesidades reales (Buendía, Coy & Esteban, 1984). Finalmente, como se ha ido mencionando, la visión holística de cada uno de los sujetos participantes es importante para la resolución pronta ante una problemática establecida, y así mismo la recolección de saberes de las experiencias de cada uno de ellos, fortalecerán la relación entre ellos mismos. Por su parte, se creará una triada con los actores mencionados anteriormente para generar resultados positivos en torno a Salud Mental. En palabras de Bentacourt (2013) *“En el paradigma disciplinario, el análisis del objeto se estudia en un proceso cada vez más especializado y reduccionista. Si bien las investigaciones*

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

compartimentadas en disciplinas han permitido un desarrollo importante de algunas áreas del conocimiento, al fragmentarlas, los especialistas tienen dificultades en comunicar sus resultados”.

Lo anterior supone "(...) avanzar por una ruta nómada a través de distintas disciplinas y avanzar también hacia una desdisciplinarización radical del conocimiento para poder ampliar sus horizontes de referencia y problemas. Ésta desdisciplinarización de los campos del conocimiento constituye una opción teórica muy fuerte que cuestiona tanto la separación disciplinar como la solución interdisciplinar" (Revista Anthropos, 1998). La transdisciplinariedad es una visión próxima, un reto para la implementación próxima que se realizará en cada una de las políticas públicas y las leyes en torno a Salud Mental, que generará la relación asertiva de los actores presentes, y a su vez en plantear nuevas metodologías para los equipos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011

Bang, C., & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, (46), 123-143.

Bang, C. (2013). Arte y juego en prácticas comunitarias de promoción de salud mental: Cuando la creatividad da respuestas. *Revista Argentina de Psicología*, 51, 1-10.

Bang, C. (2012). El juego en el espacio público y la participación comunitaria: una experiencia de promoción de salud mental en la comunidad. *Revista Lúdicamente*, 2(1). 3-17.

Bang, C. (2011) Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental. *Psicología de la salud, epidemiología y prevención*. (18), 331- 338.

Betancourt, A. (2013). Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Revista Panam Salud Publica*, 34(5). 359–63.

Buendía, J., Coy, E., & Esteban, M. (1984). El psicólogo y la salud mental. *Revista papeles del psicólogo*. (18). 21-24.

Busnello, E. (1976). A integracao da Saude Mental num sistema Saude Comunitaria. Porto Alegre. Brasil. Catalogación de Publicaciones de datos en la biblioteca OMS

Caldas, J. (2007). Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de américa latina y el caribe después de la declaración de caracas. *Revista La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la*

Declaración de Caracas.

Castro, X., & Munévar, M. (Junio, 2014). ¿Nuevo panorama en la atención de la salud mental en Colombia. *Revista electrónica de psicología social “Poiésis”*. (27). 2-7.

Congreso de la república de Colombia. (2013). Ley No. 1616. Colombia.

Congreso de la república de Colombia. (2006). Ley No. 1090 del 2016. Colombia.

Corín, M. (2013). Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria del sur profundo de la CABA. VERTEX. *Revista Argentina de Psiquiatría*. (24) 47-54.

Fernández, L. (2010). Interdisciplinariedad en la construcción del conocimiento: ¿Más allá de Bolonia? *Revista de innovación educativa*. (20). 157-166.

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

Galende E. (1997). Situación actual de la Salud Mental en Argentina. *Revista Salud, Problema y Debate*. (17), 10-15.

Gusdorf, G. (1977). Passé, présent, avenir de la recherche interdisciplinaire, *Rev. Int. Sci. Soc*, 29 (4). 627-648.

Houtman, I., & Kompier, M. (1998). Trabajo y salud mental. *Enciclopedia de salud mental y seguridad en el trabajo*. Organización internacional del trabajo. Madrid.

León, A. (1999). *Perspectivas de la salud mental comunitaria en latinoamerica*. Facultad de salud. Universidad del Valle. Cali. Colombia.

León C., & Micklin, M. (1971). Opiniones comunitarias sobre enfermedad mental y su tratamiento. *Acta Psiquiát Psicol Ámer Lat*. (17). 385-394.

López, J., Caraveo, J., Martínez, N., & Martínez, M., (1995). Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta médica general. *Revista Salud mental*. (18). 25-30.

Ministerio de salud y protección social. (2012). *Lineamiento- política de salud mental para Colombia*. Bogotá D.C. Todos por un nuevo país, paz, equidad y educación. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud%20Mental.aspx>

Morin, E. & Piatelli-Palmarini, M. (S.f). “L’unité del’homme comme fondement et rapprochement interdisciplinaire”. En Apostel y otros, Op. cit.

Newell, W. (2001). A theory of interdisciplinary studies. *Issues in Integrative Studies*. (19), 1-25.

Organización mundial de la salud OMS. (2004). *Promoción de la salud mental*. Informe compendiado, Conceptos, evidencia y práctica. Ginebra.

Organización mundial de la salud OMS. (1975). *La salud por el pueblo*. Editorial Newell KE. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa.

Organización Panamericana de la Salud. Salud mental en América Central OPS. (2004). Documentación del Foro de Políticas de Salud Mental de los Países Centroamericanos. México y el Caribe Hispano. Washington, D.C.

Parales, C., Urrego, Z., Herazo, E., & Gonzalez F. (2014). Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia. Marco del Componente de Salud Mental, Consumo de Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Colombia.

Revista Anthropos. (1998). La psicología social como crítica. Revista Anthropos, 177, 3-11.

Rodríguez, C., & Baquero, A. Implicaciones de la ley 1616 en salud mental para el ejercicio profesional de psicología. Asamblea ASCOFAPSI, grupo de salud mental. 20 de Marzo del 2014, Colegio Colombiano de Psicólogos. Bogotá D.C. Colombia.

Saraceno, B. (2007). La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las américas: implicaciones para el mundo. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas. 6- 21

Stolkiner, A. (1994). Tiempos posmodernos: Procesos de ajuste y Salud Mental. En O. Saidon & P. Troianovsky (Comps.). Políticas en salud mental. 25-53.

Tamayo y Tamayo, C. (s.f). La interdisciplinariedad. Cali, Colombia: Icesi.

Tobón, J. (2011). La salud mental en Colombia. Un campo atravesado por la ley. Revista Ces Psicología, 2(6). 1-3.

RESEÑA

ANGIE CAROLINA PATIÑO OVIEDO

Estudiante de Psicología de octavo semestre de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, regional Soacha. Actualmente realizando su práctica profesional en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario COMEB; Integrante del semillero de investigación en torno a la Salud Mental comunitaria. Ponente en la Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria con su tema “La implementación de políticas públicas de Salud Mental en Latinoamérica” en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

