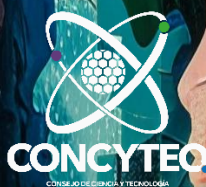


LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DEMOCRÁTICO DE LOS DERECHOS HUMANOS

EDGAR PÉREZ GONZÁLEZ
CELIA CECILIA GUERRA URBIOLA
IZARELLY ROSILLO PANTOJA

COORDINADORES



**LA SALUD MENTAL
EN EL CONTEXTO DEMOCRÁTICO DE LOS
DERECHOS HUMANOS**

COORDINADORES

Edgar Pérez González

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma de Querétaro

Celia Cecilia Guerra Urbiola

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma de Querétaro

Izarelly Rosillo Pantoja

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma de Querétaro

LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DEMOCRÁTICO DE LOS DERECHOS HUMANOS. Edgar Pérez González (coordinador), Celia Cecilia Guerra Urbiola (coordinadora), Izarely Rosillo Pantoja (coordinadora), José Zacarías Jaime Flores León (autor), Luis Eusebio Alberto Avendaño González (autor), Pedro Morales Zavala (autor), Alejandro Díaz Reyes (autor), José Fernando Vázquez Avedillo (autor), Javier Rascado Pérez (autor), Rodrigo Chávez Fierro (autor), Hortensia Sierra Mancera (autora), Víctor M. Castaño (autor), Nohemí Bello Gallado (autora), Gerardo Alan Díaz Nieto (autor), Ma. Consuelo Rosillo Garfias (autora), Humberto Gerardo Ruíz Fanti (autor), Raúl Ruiz Canizales (autor), Karla Elizabeth Mariscal Ureta (autora), Israel Covarrubias González (autor), Nalleli González Torres (autora), Izarely Rosillo Pantoja (autora), Celia Cecilia Guerra Urbiola (autora).

CONSEJO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DEL ESTADO DE QUERÉTARO

Lic. Mauricio Kuri González
Gobernador Constitucional del Estado de Querétaro

Dra. Martha Elena Soto Obregón
Secretaria de Educación del Poder Ejecutivo

Dr. Enrique Rabell García
Director General del CONCYTEQ

Lic. René Martínez Fernández
Secretario Técnico del CONCYTEQ

Lic. Felipe de Jesús Esperón Valenzuela
Jefe de editorial

Primera edición 2025

D.R. © 2025 Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Querétaro
Luis Pasteur Sur #36, Col. Centro, 76000 Santiago de Querétaro, México.
www.concyteq.edu.mx

ISBN (edición digital): 978-607-7710-65-3

Impreso en México. Printed in Mexico

Portada diseñada por freepik

La redacción e información contenida en cada capítulo, es responsabilidad de sus autores.



ÍNDICE

<i>Presentación</i>	01
<i>Introducción</i>	02
<i>Capítulo 1</i>	
Las barreras y brechas que implica la relación dental en la salud mental en los adultos mayores	04
José Zacarías Jaime Flores León	
<i>Capítulo 2</i>	
Control judicial y salud pública en México	15
Luis Eusebio Alberto Avendaño González	
Pedro Morales Zavala	
<i>Capítulo 3</i>	
Factores de riesgo psicosocial en el trabajo como política pública en materia de salud: una mirada desde el derecho administrativo sancionador	33
Alejandro Díaz Reyes	
José Fernando Vázquez Avedillo	

Capítulo 4

El derecho a la salud mental desde los órganos de protección de derechos humanos de Naciones Unidas 50

Javier Rascado Pérez

Rodrigo Chávez Fierro

Capítulo 5

Gestión de la Salud Mental en el servicio profesional contable 67

Hortensia Sierra Mancera

Victor M. Castaño

Capítulo 6

La legislación administrativa y la salud mental 86

Nohemí Bello Gallardo

Gerardo Alan Díaz Nieto

Capítulo 7

La salud mental en la reinserción social 103

Ma. Consuelo Rosillo Garfias

Humberto Gerardo Ruíz Fanti

Capítulo 8

Bioética, derechos humanos y salud mental 117

Raúl Ruiz Canizales

Capítulo 9

El derecho a la salud mental en la vejez 136

Karla Elizabeth Mariscal Ureta

Israel Covarrubias González

Capítulo 10

La Salud Mental de las Personas Privadas de la Libertad como elemento indispensable de la Reinserción Social en los Centros Penitenciarios del Estado de Querétaro 149

Nalleli González Torres

Izarelly Rosillo Pantoja

Celia Cecilia Guerra Urbiola

Capítulo 11

Importancia de la psicología en la protección efectiva de los Derechos Humanos de niñas, niños y adolescentes en el proceso familiar 176

Pedro Morales Zavala

Luis Eusebio Avendaño González

Presentación

Dr. Enrique Rabell García

Director del Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Querétaro

El Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Querétaro tiene el placer de presentar esta obra coordinada por las Dras. Celia Cecilia Guerra Urbiola, Izarely Rosillo Pantoja y el Dr. Edgar Pérez González, todos ellos de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro.

A través de once capítulos, los autores nos exponen la relevancia que ha cobrado en los últimos años la salud mental y su relación con el derecho humano, lo anterior enfocado a investigaciones específicas de grupos vulnerables.

Es así que invitamos a adentrarse en la lectura del libro, donde los investigadores presentan diversos casos que permitirán conocer, evaluar, analizar y reflexionar sobre la salud mental y los derechos humanos a través de temas de interés como políticas públicas en materia de salud mental, la salud mental en la reinserción social, Bioética, legislación administrativa, entre otros.

El CONCYTEQ tiene la firme convicción de apoyar la investigación y divulgar los conocimientos que continuamente se están generando, por lo que, agradezco a los autores su esfuerzo, el cual permite acercar el conocimiento a todos nosotros, es por eso que invito a la comunidad académica y al público en general a leer, comprender y discutir los temas aquí presentados.

Introducción

Dra. Celia Cecilia Guerra Urbiola
Facultad de derecho
Universidad Autónoma de Querétaro

La salud mental ha cobrado una relevancia inédita en los últimos años, no sólo como tema de salud pública, sino como un componente esencial del bienestar integral y un derecho humano inalienable. En los capítulos del libro que se presentan en esta compilación, se articula una reflexión profunda, plural y crítica sobre los distintos modos en que la salud mental se vincula con la bioética, la legislación, la protección de derechos humanos, las problemáticas sociales a las que se enfrentan los grupos vulnerables y los procesos de reinserción social.

A partir de distintas aproximaciones disciplinares, estos trabajos coinciden en un eje transversal: la salud mental no puede ni debe ser tratada únicamente como una categoría clínica o biomédica, sino que requiere de un abordaje integral, interdisciplinario y humanista. Desde una perspectiva bioética y normativa, se subraya la necesidad de articular saberes y actores diversos —desde el derecho, la psicología, la filosofía moral y la administración pública— para enfrentar los dilemas contemporáneos en su tratamiento, regulación e impacto social.

Por otra parte, varios estudios evidencian el desarrollo normativo internacional en torno al derecho a la salud mental, particularmente a través de los comités de vigilancia de derechos humanos de Naciones Unidas, los cuales han delineado estándares interpretativos sobre la no discriminación, el consentimiento informado, la prohibición de tratamientos coercitivos y el respeto a la autodeterminación de las personas, especialmente aquellas con discapacidades psicosociales. Estos aportes no sólo dan cuenta de una evolución conceptual, sino de una presión creciente hacia los Estados para adoptar políticas públicas inclusivas, accesibles y respetuosas de la dignidad humana.

El enfoque de derechos se amplía en estudios específicos sobre poblaciones en situación de vulnerabilidad. Se analizan las dificultades que enfrentan las personas adultas mayores y quienes se encuentran en reclusión para acceder a servicios adecuados de salud mental. En ambos casos se advierte que la exclusión social, la falta de recursos institucionales y la persistencia de estigmas afectan gravemente la posibilidad de un envejecimiento digno o una verdadera reinserción social. La salud mental, entonces, se revela no sólo como un tema individual, sino como un reflejo de la estructura social y las condiciones de justicia del entorno en que las personas viven.

Asimismo, el capítulo sobre salud mental y migración incorpora un enfoque biopolítico al fenómeno de la migración irregular, poniendo en el centro las afectaciones de índole psicosocial y espiritual tanto de quienes migran como de quienes permanecen en sus lugares de origen. No sólo se denuncian los efectos de la violencia estructural sobre la salud

mental, sino que se proponen herramientas concretas desde la gestión comunitaria y el diálogo intercultural, rescatando el saber popular y la memoria ancestral

Por su parte, el capítulo que aborda el papel de la psicología en la garantía de los derechos de la infancia y adolescencia durante procesos judiciales subraya la imperante necesidad de incorporar enfoques científicos humanistas en la práctica legal. Desde la visión del desarrollo infantil y el paradigma de los derechos humanos, se exige que las decisiones jurisdiccionales que involucran a infancias sean tomadas con conocimiento de su realidad, etapas de desarrollo físico y emocional, pero sobre todo desde sus necesidades psíquicas.

En conjunto, los textos que conforman esta obra constituyen una aportación valiosa a la comprensión crítica y propositiva de los vínculos entre salud mental, bioética y derechos humanos. Lejos de ofrecer diagnósticos cerrados, se presenta aquí un llamado a la acción: a construir políticas públicas sensibles a formar profesionales éticamente comprometidos y a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud mental dignos, culturalmente pertinentes y universales. Es necesario transformar el derecho a la salud mental de una simple proclamación a una política efectiva y diaria, guiada por el respeto a la dignidad y la equidad social.

Las barreras y brechas que implica la relación dental en la salud mental en los adultos mayores

José Zacarías Jaime Flores León¹

RESUMEN

El factor psicológico es importante en un paciente para el desarrollo de su propia identidad, adaptación y bienestar psicosocial que mejore su calidad de vida. La pérdida de dientes y una prótesis desajustada tiene repercusión en la disminución de la sensación propioceptiva, efectos estéticos y el impacto psicológico en un paciente. Numerosos estudios han abordado la problemática psicológica asociada al cáncer. En ellos, se han observado trastornos psicológicos, altos niveles de sufrimiento, malestar somático y deterioro psicosocial en pacientes con cáncer y con algunas otras patologías que se pueden presentar en pacientes adultos mayores entre las que podemos mencionar a la Diabetes Mellitus I y II, Hipertensión, Artritis Reumatoide, cardiopatías, trastornos gastrointestinales, autoinmunes, cardiovasculares, endócrinas, neurológicas entre otras.

Palabras clave: odontogeriatría, segregación, vejez y envejecimiento.

¹ Maestro de Tiempo Completo Categoría VII en la Universidad Autónoma de Querétaro, adscrito a la Facultad de Medicina en la licenciatura en Odontología. Licenciatura Cirujano Dentista por la Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Prótesis Dental, por el Instituto Santa Teresa. Estudió la Maestría en Docencia en la Universidad Internacional de América y el Doctorado en Ciencias de la Educación en la misma institución. Fue acreedor a la preseña "Juan de Dios Bátiz" en el Instituto Politécnico Nacional. Ha sido coordinador de Laboratorios Odontotécnicos en la Licenciatura y Posgrados en Odontología de la Facultad de Medicina de la UAQ. Ha coordinado y participado en las Brigadas Odontológicas a las zonas marginadas de la Sierra Gorda queretana y municipios cercanos a la zona metropolitana. Coordinador de Educación Continua en la Licenciatura y Posgrados en Odontología de la Facultad de Medicina UAQ. Nombramiento de rectoría como miembro titular de la Comisión Dictaminadora del Área de Ciencias de la Salud-Medicina, de acuerdo al RIPPAAUQ. durante los periodos 2013- 2015 y de 2017-2019. Nombramiento de rectoría como su representante ante la comisión Dictaminadora de Propedéutica. Galardonado por su trayectoria en la Facultad de Medicina (licenciatura de medicina en odontología) en febrero del 2014 y en febrero del 2018. Tutor docente en la Licenciatura de Odontología desde el 2010 a la fecha.

ABSTRACT

The psychological factor is important in a patient for the development of their own identity, adaptation and psychosocial well-being that improves their quality of life. The loss of teeth and a misfit prosthesis has an impact on the decrease in proprioceptive sensation, aesthetic effects and the psychological impact on a patient. Numerous studies have addressed the psychological problems associated with cancer. Psychological disorders, high levels of suffering, somatic distress and psychosocial impairment are observed in cancer patients and with some other pathologies that can occur in older adult patients, among which we can mention Diabetes Mellitus I and II, Hypertension, Rheumatoid Arthritis, heart disease, gastrointestinal, autoimmune, cardiovascular, endocrine, neurological disorders, among others.

Keywords: geriatric dentistry, segregation, old age and aging.

I. INTRODUCCIÓN.

Es un hecho ineludible que la población en México está envejeciendo. Por eso, la vejez y el proceso de envejecimiento son temas de actualidad que merecen un desarrollo completo. Esto porque han surgido diversos mitos que han delimitado y favorecido la segregación del grupo de los ancianos en las diferentes culturas del mundo. Este fenómeno ha despertado el interés por defender a los adultos mayores en el ámbito de los diferentes quehaceres disciplinarios, dentro de los que se incluyen los aspectos éticos y bioéticos.

Según el INEGI (2020), actualmente en México habitan 15.1 millones de personas de 60 años o más. Se estima que para 2050 esta población llegue a 33.3 millones. Por esa razón, México requiere prepararse para la nueva realidad demográfica, a través de políticas y prácticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. México se encuentra inserto en un proceso de envejecimiento de su población, expresado por un aumento en la proporción de personas de 60 años o más y la disminución de la población infantil y joven. Este

fenómeno demográfico se intensificará en los próximos años, señala un estudio de la Dirección General de Análisis Legislativo del Instituto Belisario Domínguez (2020).

La investigación titulada “Las personas mayores a través de los datos censales de 2020” elaborada por la investigadora Irma Kánter Coronel (2021), refiere que, de acuerdo con el último censo del INEGI del 2020, en México la población de 60 o más años asciende a 15.1 millones (lo que corresponde al 12% de la población). Esta cantidad equivale a la población total conjunta de Costa Rica, El Salvador y Uruguay. Además, el documento del Instituto destaca que, de acuerdo con algunas estimaciones, se prevé que en 2030 las personas adultas mayores representarán el 15% de la población y alrededor de 23% en 2050. Ante este panorama, el estudio sostiene que México requiere prepararse para una cambiante realidad demográfica que implica múltiples desafíos, exige nuevas acciones y un cambio de actitud, de políticas y prácticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En ese sentido, el documento del Instituto, apunta que uno de los grandes pendientes que tiene nuestro país con los adultos mayores es la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015 por la Asamblea por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos.

II. DECÁLOGO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES | 14 DE NOVIEMBRE DE 2016

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Cámara de Diputados, (2022).

Los Adultos Mayores tenemos derecho a:

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación.
2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial.
3. *Derecho a la salud, alimentación y familia.*

- 4. Derecho a la educación.*
- 5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado.*
- 6. Derecho a la asistencia social.*
- 7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad.*
- 8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.*
- 9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público.*
- 10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte.*

III. OBJETIVOS

En el proceso normal de envejecimiento, se presentan cambios bucodentales estructurales y funcionales que influyen en la salud general del adulto mayor, en su desarrollo psicosocial y tienen repercusiones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en su estado afectivo y en la autoestima. Por eso, el objetivo principal de este artículo es sumar a la modificación de la idea errónea de que el deterioro patológico en la salud bucal y en el resto del organismo es una característica inherente al envejecimiento

IV. METODOLOGÍA

Los cambios normales del envejecimiento deben diferenciarse de la patología bucodental. En este sentido, el número de dientes perdidos es muy alto en los adultos mayores. Esto se debe a diferentes factores, como la deficiente higiene bucal, los malos hábitos (como fumar), descuido, bajos recursos para atenderse. De tal manera que existen problemas bucales, como la caries dental y la enfermedad periodontal, que ocasionan la pérdida dental. Lo anterior afecta de manera negativa la estética y autoestima del paciente. Otros problemas como la halitosis, micosis, xerostomía, tumores, disfagia y trastornos gustativos, influyen en los aspectos psicosociales de los ancianos. También es frecuente que el paciente tenga muchos años portando la misma prótesis sin darle los cuidados necesarios y esto

se convierte en un problema que, al sumarse a los ya existentes, contribuye a la presentación de cuadros depresivos.

En la población de adultos mayores es común encontrar pacientes que presentan edentulismo y tienen la idea errónea de que es una característica inherente al envejecimiento, por lo que se adaptan a dicha situación. También se observan pacientes que, como consecuencia de la ingesta de fármacos, tienen una salud bucal más afectada y pasa a formar parte de las patologías ya existentes, lo que compromete su estado general de salud y afectando su vida psicosocial y la calidad de vida.

V. ENVEJECIMIENTO

Es importante mencionar que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, es un “proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado”. *Utrera, Pavón-León, Moreno. (2023) Revista Médica de la Universidad Veracruzana*

El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, de ahí que su aparición y evolución sean individualizadas. Entonces, entendemos que el envejecimiento es individualizado y está determinado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Por tal motivo, debemos tener una visión multidimensional que permita ingresar de manera holística todos los elementos que están involucrados en el proceso.

El envejecimiento ocurre en una cultura específica, en la que intervienen, además de los aspectos biológicos inherentes al individuo, elementos económicos, políticos y psicológicos. De ahí que no se deben generalizar y extrapolar las características del envejecimiento y la vejez, como si ocurrieran de manera similar en todos los individuos y contextos.

Es conveniente aclarar que el envejecimiento y la vejez son individualizados, tal como se señaló anteriormente. No obstante, estudios epidemiológicos han demostrado que la variable edad influye en gran medida en las condiciones físicas y psicológicas de los ancianos durante la vejez. Esto se traduce en funcionalidad y participación social. Ahí radica la necesidad de considerar dicho factor. Una de las clasificaciones *Chávez – Reategui, Manrique-Chávez, Manrique-Guzmán (2014)*, más aceptadas en el ámbito gerontológico, es la que subdivide a las personas adultas mayores, en:

- **Viejos-jóvenes, de 60 a 74 años:** son potencialmente activos y en su mayoría sanos, desde el punto de vista gerontológico. Este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.
- **Viejos-viejos, de 75 a 89 años:** tienen mayor riesgo para presentar limitaciones en la funcionalidad física, psicológica y social. Por eso, requieren programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.
- **Viejos-longevos, de 90 y más años:** se trata de un grupo poblacional vulnerable, desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Por eso, es necesario desarrollar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario en el marco del envejecimiento activo.

VI. ODONTOGERIATRÍA

La Odontogeriatría surge en Estados Unidos en los años 60 del siglo pasado. Fue impulsada por odontólogos interesados en la salud bucodental de los ancianos bajo un enfoque geriátrico. En este sentido, la Odontogeriatría considera de manera implícita a los ancianos, personas con necesidades especiales, en tanto que vincula a la vejez con la enfermedad, sin tomar en consideración que no todos los ancianos están enfermos.

La Odontogeriatría, como una especialidad odontológica, tiene como objetivo primordial la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud

bucodental de los ancianos, al considerar los cambios biológicos sistémicos y bucales inherentes al envejecimiento, además de abordar los aspectos etiológicos y fisiopatológicos de las alteraciones y complicaciones bucodentales vinculadas con las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la vejez.

VII. GERODONTOLOGÍA

Se inicia en Europa a finales de los años 70 del siglo pasado. Surge la Sociedad Británica de Gerodontología (British Society of Gerodontology),. Esta da origen a la revista internacional *Gerodontology*, que se publica desde 1982. En 1990 se conformó el Colegio Europeo de Gerontología (European College of Gerodontology), respaldando la publicación de la revista. La gerodontología se define como la especialidad odontológica que busca proveer el óptimo cuidado bucodental para los adultos mayores, a través de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, así como a las repercusiones odontológicas de las enfermedades crónico degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la vejez.

Entre los aspectos que marcan la diferencia entre la odontogeriatría y la gerodontología se puede señalar que en esta última se enfatiza la prevención de los problemas de salud bucodental durante el proceso de envejecimiento, así como las repercusiones psicosociales de los problemas bucales que presentan las personas adultas mayores. De ahí que los gerontólogos brinden atención a los ancianos sanos y enfermos con el fin de lograr el máximo de salud y bienestar bucodental, con la consideración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, acorde con su contexto sociocultural.

VIII. LAS BARRERAS Y BRECHAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, FISIOLÓGICAS, FAMILIARES, SOCIALES Y ECONÓMICAS

Aspectos gerontológicos. Para el estomatólogo, brindar atención al anciano representa un desafío, encuentra que la mayoría tiene una o varias enfermedades

y están bajo tratamiento farmacológico, además, en ocasiones su condición social y económica es desfavorable. Presentan diversas limitaciones; por ejemplo, algunos tienen dificultad para transportarse al sitio donde recibirán la atención estomatológica, por lo que habitualmente necesitan alguien que los acompañe.

Lo anterior debe ser identificado por el estomatólogo a través de la realización cuidadosa, ordenada y precisa de la historia clínica, que constituye un elemento fundamental para la atención estomatológica y debe ser acorde con las características individuales y el contexto psicosocial del adulto mayor. La historia clínica estomatológica para el adulto mayor debe incluir, como cualquier otra, la anamnesis, exploración física y estudios complementarios; sin embargo, es importante considerar también aspectos específicos del adulto mayor, como la valoración gerodontológica.

Aspectos sociales. Se preguntará sobre su situación familiar, si tiene hijos (número y género) y su relación con ellos. Se cuestiona si vive solo o acompañado y, en tal caso, las personas con las que cohabita y mantiene comunicación, su dinámica familiar (funcional, disfuncional, así como los casos de abuso o negligencia). Conocer su historia familiar nos permite identificar situaciones que puedan influir en su estado emocional actual; estado civil (viudez reciente nos orienta sobre un duelo en proceso o no resuelto).

Aspectos médicos y psicológicos. Elemento central en la elaboración de la historia clínica, para conocer las condiciones de salud general del paciente, ya que identifica los diagnósticos actuales y pasados, tiempo de evolución y tratamiento farmacológico, dosis y reacciones adversas. Se indagará sobre los síndromes frecuentes en el adulto mayor, en especial, el estado mental del anciano, para identificar la falla de memoria, orientación o depresión que modifican su comportamiento ante el tratamiento estomatológico, y si se determina que el anciano presenta algún problema significativo, se dará interconsulta con el psicólogo o psiquiatra.

Aspectos estomatológicos. En la evaluación estomatológica se registran las condiciones bucodentales del adulto mayor. realizar exploración de estructuras bucales valorando los aspectos morfofuncionales. En los portadores de prótesis dentales se identificarán si se encuentran en buenas condiciones o si deben de ser reemplazadas; conviene recordar que la estética es importante, sin embargo, en el adulto mayor se debe dar prioridad a la funcionalidad bucal. 6-9 Es importante diferenciar los cambios por el envejecimiento de las condiciones patológicas.

Redes de apoyo social. Desde el punto de vista gerontológico, son un elemento fundamental porque permiten identificar si el adulto mayor cuenta con algunas personas que lo apoyen en los aspectos materiales, emocionales, instrumentales y conjuntivos. Se debe interrogar acerca de familiares, amigos y apoyos institucionales.

IX. CONCLUSIONES

El tratamiento en los pacientes ancianos se establece para evitar el avance de su padecimiento, así como para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida. Por ello, es importante considerar los siguientes aspectos:

- **Tratamiento, concientización y educación del paciente y su familia:** en el adulto mayor, la participación de la familia en la adherencia al tratamiento es muy importante. Se tiene que concientizar al cuidador primario, el cual puede ser o no de la familia, para que brinde el apoyo necesario, según las indicaciones del odontólogo o médico tratante.
- **Tratamiento no farmacológico:** consiste en modificar el estilo de vida en diferentes aspectos como son la dieta, actividad física en la medida de sus posibilidades (moderada) y en lo que respecta a sus hábitos eliminar el tabaquismo y el alcoholismo, en caso que estén presentes.

- **Tratamiento farmacológico:** la elección de cualquier tratamiento farmacológico se realizará de acuerdo con las condiciones de cada paciente anciano y se establecerá de forma gradual y paulatina, debido a los cambios que presentan en el metabolismo de los fármacos, ya que se ha identificado que la absorción de los medicamentos puede estar alterada por la disminución del ácido gástrico.

Con estas consideraciones, se busca propiciar una mejor calidad de vida en el adulto mayor, al considerar aspectos fundamentales como la atención oportuna y adecuada en este grupo etario, dada su creciente vulnerabilidad en los tiempos actuales. Es esencial reconocer la importancia de la salud mental en este contexto, lo que implica un enfoque integral en su cuidado y la aplicación de principios éticos como la honestidad, la humildad y el humanismo en la interacción profesional. Asimismo, se destaca la relevancia de evitar demoras en la atención, ya que este grupo suele manifestar una menor tolerancia a la espera, lo que puede impactar su experiencia en el proceso. Incluso los procedimientos odontológicos más simples pueden representar un cambio significativo para el paciente, lo que subraya la importancia de escuchar y comprender sus necesidades específicas.

X. Referencias

Berenguer, G. M. (1999) "La salud bucodental en la tercera edad", Mosby, Madrid.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-265710?lang=es>

Echeverría, G. J. J., Cuenca, S. E, y Fumarola, S. J. (1995) "Patología Oral", en Manual de odontología, Masson, pág. 44.

Madrid

<https://books.google.com.ec/books?id=QoLSHTQGmR4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Hernández Palacios, R.D., Mendoza Núñez, V. M., Martínez Zambrano, I.A. Morales Mancera, L. (2016) Odontogeriatría y Gerodontología. Editorial Trillas.

https://etrillas.mx/libro/odontogeriatría-y-gerodontología_9975

Giglio M.MJ., Nicolosi, L. N., (2000), Semiología en la práctica de la odontología, McGraw-Hill Interamericana, México.

https://www.laleo.com/semiologia-en-la-practica-de-la-odontologia-p-7439.html?srsId=AfmBOop9Bep2C2tjayD-qXh9amTF7CQOTzX2R-u_xji-h177osrIWXJa

INEGI (2020) Un diagnóstico de los servicios públicos de cuidado en México. Dirección General de Análisis Legislativo del Instituto Belisario Domínguez.

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5373/Un%20diagno%CC%81stico%20de%20los%20servicios%20pu%CC%81blicos%20de%20cuidado%20en%20Me%CC%81xico..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mendoza, Núñez, V. M., (2008) Gerontología comunitaria, 4ª. Ed., FES-Zaragoza UNAM, México.
<https://blogceta.zaragoza.unam.mx/uiq/wp-content/uploads/sites/84/2024/05/Gerontologia-comunitaria.pdf>

Neugarten, B., (1999) Los significados de la edad, Herden, Barcelona.
<https://herder.com.mx/es/libros-books/los-significados-de-la-edad/bernice-l-neugarten/herder>

Mendoza-Núñez, V. M., Sánchez-Rodríguez, M. A. y Correa-Muñoz, E., (2008), Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario. UMICH. https://catalogo.koha.umich.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=52902&shelfbrowse_itemnumber=331678

Sánchez-Rodríguez, M. A. y Mendoza-Núñez, V. M.. (2003) Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes, UNAM, México
<https://search.worldcat.org/es/title/envejecimiento-enfermedades-cronicas-y-antioxidantes/oclc/427563130>

Utrera, Pavón-León, Moreno. La importancia de los determinantes sociales de la salud en el envejecimiento saludable. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. México. 2023.
<https://rmuv.uv.mx/index.php/rmuv/article/view/82#:~:text=El%20envejecimiento%20humano%20es%20un,y%20psicol%C3%B3gicas%2C%20propiciadas%20por%20los>

CONTROL JUDICIAL Y SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

Luis Eusebio Alberto Avendaño González, Facultad de Derecho, UAQ¹

Pedro Morales Zavala, Facultad de Derecho, UAQ²

RESUMEN

Una de las características fundamentales del Estado constitucional de derecho (ECD) es la protección de bienes valiosos de las sociedades democráticas. Por ello, los conceptos esencialmente controvertidos pasan por la necesidad operativa de su interpretación casuística. El presente ensayo tiene por objeto describir las hipótesis jurídicas y las alternativas de solución frente a la contingencia sanitaria en nuestro país, de forma tal que se establezca racionalmente los excesos del poder y se procure el uso alternativo de herramientas especiales que minimicen consecuencias antidemocráticas

Palabras clave: estado constitucional de derecho, contingencia sanitaria, interpretación judicial

ABSTRACT

One of the fundamental characteristics of the constitutional rule of law (CRL) is the protection of the valuable assets of democratic societies. Therefore, highly controversial concepts require a case-by-case interpretation to ensure their operational applicability. The purpose of this essay is to describe the legal hypotheses and alternative solutions for the health contingency in our country so that

¹ Doctor en derecho. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II de CONAHCyT. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4479-3837>. Correo electrónico: luis.avendano@hotmail.com

² Doctor en derecho. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I de CONAHCyT. Correo electrónico: pedro.morales@uaq.mx

power excesses are rationally controlled, and special tools can be used to minimize undemocratic consequences.

Keywords: Constitutional rule of law, health crisis, judicial interpretation

I. INTRODUCCIÓN

El significado literal de la pandemia es el miedo caótico y generalizado de una muerte sin fronteras causado por un enemigo invisible (De Sousa, 2020). El presente estudio tiene como uno de sus objetivos describir las diferencias entre el estado de excepción y la situación de emergencia sanitaria. De igual manera, busca describir los previstos en el sistema interamericano de protección de derechos humanos, para establecer de forma legítima el estado de excepción.

En el estado constitucional de derecho, una de las características fundamentales es la protección de bienes valiosos de las sociedades democráticas. Por ello, los conceptos esencialmente controvertidos pasan por la necesidad operativa de su interpretación casuística. En ese dilema interpretativo, surge el problema de cómo determinar la intención detrás de la previsión constitucional que protege un bien valioso para el estado democrático “porque su concreción depende de una construcción ficticia en la que el intérprete intenta descubrir cuál es el propósito oculto, para lograr esa protección; y donde además debe armonizarse con otros valores igual de importantes” (Marmor, 1992, p. 30).

En ese proceso interpretativo, es preferible no caer en la tesis del indeterminismo radical, donde se considera que los materiales jurídicos sólo son recipientes vacíos que habrán de reflejar una valoración política y una decisión ideológica que legitima, desde el reflejo de las estructuras económicas, formas legales de exclusión social, (Altman, 1993, p. 90) más que la construcción cognitiva del contenido jurídico. Lo anterior porque podrían tener cabida versiones como la del hombre malo, en quien impera el desinterés por las cuestiones éticas y la preocupación exclusiva se revela solo en las consecuencias materiales o privilegios que puede acarrear la aplicación concreta de las normas jurídicas (Holmes, 2012,

p. 32-36). Por esa razón, una tesis moderada o preferible de la interpretación constitucional que reconoce la indeterminación del derecho de los contenidos valorativos de la Constitución apuesta por el hecho de que el control judicial de ciertos actos observe con detalle lo que pasa en la realidad fáctica de la comunidad.

De ese modo, se puede evitar que quede abierta la puerta a la dictadura de los jueces. Pero, al mismo tiempo, se busca mantener atenta la mirada en el horizonte, para impedir que, en la ausencia de protección judicial, los valores democráticos del estado constitucional puedan ser manipulados autoritariamente y, en su lugar, procurar que haya mayores controles en la deliberación pública de las cuestiones en tensión.

II. DIFERENCIAS ENTRE ESTADO DE EXCEPCIÓN Y EMERGENCIA SANITARIA

El estado de excepción es un instrumento cuya previsión es necesaria bajo determinados extremos lícitos para afrontar, con posibilidades de éxito, la propia supervivencia de la sociedad democrática. Su lectura apunta a considerar que el estado de excepción es un mecanismo de defensa para la protección de valores constitucionales (Ferrer y Herrera, 2017, p. 109). En modo complementario, puede agregarse que se trata de una herramienta de ordenación racional, para el manejo de una crisis. Esto quiere decir que se trata de un dispositivo extraordinario que permite brindar atención transitoria y prioritaria de primeros auxilios jurídicos con efectos estabilizadores que permiten regresar al estado de cosas ordinario, sin incurrir en los excesos.

En el caso de México, fue en la Constitución de 1857 cuando quedó implementado por primera vez la suspensión de derechos. Aunque, desde el México independiente, el Congreso otorgó facultades discrecionales al ejecutivo para resolver conflictos de diversa índole. De ahí que, ante el predominio del enfoque político y armado de los estados de excepcionalidad, por ello, es de interés construir modelos más acordes a la protección de los derechos (Fix Zamudio, 2004, pp. 801-860).

En esa lógica, el sistema interamericano de protección de los derechos humanos, en el artículo 27 de la Convención Americana indica qué derechos son insuspendibles. Entre ellos se encuentran: derecho a la vida, derecho a la integridad personal, prohibición de esclavitud y servidumbre, principio de legalidad y retroactividad, libertad de conciencia y religión, protección de la familia y derechos del niño o garantías judiciales.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que el estado de excepción está previsto como el único medio extraordinario para hacer frente a situaciones de emergencia pública y preservar los valores de la sociedad democrática y carece de toda legitimidad cuando se utiliza para atentar contra el sistema democrático (Aguiar, 2012, p. 21). Así lo estableció en la Opinión Consultiva OC-8/87:

[...] 20. La suspensión de las garantías puede ser, en algunas hipótesis, el único medio para atender a situaciones de emergencia pública y preservar los valores superiores de la sociedad democrática. Pero no puede la Corte hacer abstracción de los abusos a que puede dar lugar, y a los que de hecho ha dado en nuestro hemisferio, la aplicación de medidas de excepción cuando no están objetivamente justificadas a la luz de los criterios que orientan el artículo 27 y de los principios que, sobre la materia, se deducen de otros instrumentos interamericanos. [...]" (CoIDH. Opinión Consultiva OC-8/87).

Con esto, es fácil advertir que la condición fundamental para la suspensión de derechos radica en no atentar contra el derecho internacional de los derechos humanos y, además, tampoco es posible establecer cláusulas discriminatorias. Otro dato de especial referencia es que las medidas son de carácter temporal, hasta en tanto se superen las circunstancias de emergencia. Por lo que es indebida su prolongación incierta e injustificada. De ahí que la suspensión de derechos no es igual a anular el estado de derecho, pues las instituciones deben operar en el marco de la democracia, como sucede cuando para preservar la legalidad en un estado constitucional es necesario contar con la protección judicial. Así lo establece dicho tribunal en la *Opinión Consultiva OC-9/87*, donde expresamente prohíbe que se impida el acceso a la justicia:

"[...] 25. Las conclusiones precedentes son válidas, en general, respecto de todos los derechos reconocidos por la Convención, en situación de normalidad. Pero, igualmente, debe entenderse que en la implantación

del estado de emergencia - cualquiera que sea la dimensión o denominación con que se le considere en el derecho interno- no puede comportar la supresión o la pérdida de efectividad de las garantías judiciales que los Estados Partes están obligados a establecer, según la misma Convención, para la protección de los derechos no susceptibles de suspensión o de los no suspendidos en virtud del estado de emergencia [...]” (CoIDH. Opinión Consultiva OC-9/87).

Incluso, la propia Corte Interamericana así lo ha reiterado, por ejemplo, entre otros, en el *Caso Loaiza Tamayo vs. Perú* al establecer que el *habeas corpus* no puede ser suspendido ni siquiera en situaciones de emergencia constitucional (CoIDH. Sentencia de 17 de septiembre de 1997. Serie C, núm. 33, párr. 50).

El estado de excepción debe cumplir con diversos principios. A modo genérico, se tratan de los siguientes: 1) el principio de legalidad que exige la aplicación reflejada en una norma y de acuerdo con las disposiciones constitucionales y convencionales; 2) el principio de racionalidad vinculado a la proporcionalidad que justifique el medio para hacer frente a la situación extraordinaria y 3) el principio de no discriminación que prohíbe cualquier práctica discriminatoria.

Además, se encuentran los principios de temporalidad, de amenaza excepcional, de proporcionalidad y de publicidad. El principio de temporalidad que limita el tiempo que puede durar el estado de excepción, para no convertirse en una situación permanente. El principio de amenaza excepcional donde debe actualizarse la situación verdaderamente extraordinaria para su implementación. El principio de proporcionalidad donde la intensidad de las medidas vaya en congruencia con el peligro enfrentado, es el examen de racionalidad entre medios y fines. El principio de publicidad que impone la obligación de informar a los órganos internacionales sobre la suspensión de derechos (Rodríguez Pérez, 2018, pp. 29 y 30).

Por ello, todo proceso de esa magnitud debe transitar de la racionalidad política a la racionalidad de una dimensión constitucional en sentido normativo; lo cual tendría como elemento transversal el control de convencionalidad.

El artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establecen las condiciones para el estado de excepción, indica lo siguiente:

Artículo 29. En los casos de invasión, perturbación grave de la paz pública, o de cualquier otro que ponga a la sociedad en grave peligro o conflicto, solamente el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, con la aprobación del Congreso de la Unión o de la Comisión Permanente cuando aquel no estuviere reunido, podrá restringir o suspender en todo el país o en lugar determinado el ejercicio de los derechos y las garantías que fuesen obstáculo para hacer frente, rápida y fácilmente a la situación; pero deberá hacerlo por un tiempo limitado, por medio de prevenciones generales y sin que la restricción o suspensión se contraiga a determinada persona. Si la restricción o suspensión tuviese lugar hallándose el Congreso reunido, éste concederá las autorizaciones que estime necesarias para que el Ejecutivo haga frente a la situación; pero si se verificase en tiempo de receso, se convocará de inmediato al Congreso para que las acuerde.

En los decretos que se expidan, no podrá restringirse ni suspenderse el ejercicio de los derechos a la no discriminación, al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la vida, a la integridad personal, a la protección a la familia, al nombre, a la nacionalidad; los derechos de la niñez; los derechos políticos; las libertades de pensamiento, conciencia y de profesar creencia religiosa alguna; el principio de legalidad y retroactividad; la prohibición de la pena de muerte; la prohibición de la esclavitud y la servidumbre; la prohibición de la desaparición forzada y la tortura; ni las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos.

La restricción o suspensión del ejercicio de los derechos y garantías debe estar fundada y motivada en los términos establecidos por esta Constitución y ser proporcional al peligro a que se hace frente, observando en todo momento los principios de legalidad, racionalidad, proclamación, publicidad y no discriminación.

Cuando se ponga fin a la restricción o suspensión del ejercicio de los derechos y garantías, bien sea por cumplirse el plazo o porque así lo decrete el Congreso, todas las medidas legales y administrativas adoptadas durante su vigencia quedarán sin efecto de forma inmediata. El Ejecutivo no podrá hacer observaciones al decreto mediante el cual el Congreso revoque la restricción o suspensión.

Los decretos expedidos por el Ejecutivo durante la restricción o suspensión, serán revisados de oficio e inmediatamente por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la que deberá pronunciarse con la mayor prontitud sobre su constitucionalidad y validez (CPEUM, Art. 29).

El 10 de abril de 2020, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos emitió la resolución número 1/2020, sobre pandemias y derechos humanos, en la cual abordó la problemática de que América Latina es una de las regiones más desiguales del planeta, por lo que ante la

pandemia del coronavirus, eso puede afectar gravemente los derechos humanos, en especial a los grupos en situación de vulnerabilidad. En ese diagnóstico se observan problemas como la pobreza extrema, la precariedad en el acceso al agua potable, la inseguridad alimentaria, la contaminación ambiental, la falta de vivienda o hábitat adecuado, la violencia generalizada, en especial por razones de género, la corrupción e impunidad, la represión a la libertad de expresión mediante el uso desproporcionado de la fuerza, la migración y el desplazamiento forzado de personas, la falta de cobertura médica asequible, entre otros.

Por lo anterior, en conocimiento de medidas tales como la cuarentena, el distanciamiento social, el cierre de escuelas y negocios, limitaciones de circulación nacional, estado de emergencia o excepción mediante decretos presidenciales, para evitar el incremento de contagio, entre algunas de sus consideraciones, la Comisión señala que debe incentivarse la investigación aplicada e innovación de nuevas tecnologías para la lucha y tratamiento de la pandemia como beneficio también en la salud pública del progreso científico. Asimismo, en materia de libertades y estado de excepción, la Comisión subraya la necesidad de mantener la independencia de los poderes judiciales y legislativos y expresa la necesidad de mantener consciencia de que se pueden generar impactos desproporcionados en el goce de derechos de determinados grupos, como sucede en el caso de periodistas.

Ante tales escenarios, la Comisión resuelve que toda acción debe efectuarse con observancia de los principios y compromisos internacionales en materia de derechos humanos, donde impere la rendición de cuentas, el fortalecimiento de la cooperación entre los estados y, en aquellos casos donde existan restricciones, deben observarse los principios pro persona, de proporcionalidad y temporalidad, así como evitar que el estado de emergencia sea utilizado de forma ilegal o abusiva que afecten el sistema democrático de gobierno, entre otras recomendaciones (CIDH, *Resolución 1-2020*, Resolución 10 de abril de 2020).

Después, en el marco de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus, el 21 de abril de 2020, se publicó en la Gaceta Parlamentaria número 5502-I, año XXIII, de la Cámara de Diputados LXIV Legislatura en el Palacio Legislativo de San

Lázaro, la propuesta del Grupo Parlamentario de Morena para reformar y adicionar los artículos 29 y 65 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Su objeto era reformar lo relativo al estado de excepción con la finalidad de que ante la imposibilidad de lograr el quórum para decretar el estado de emergencia, se pudiera facultar a las juntas de coordinación política de ambas cámaras reunidas en el Pleno de Urgencia y Obvia Resolución y, si se requería de una reforma constitucional, autorizar que las legislaturas estatales integraran también ese pleno a través de sus juntas de coordinación política, para la modificación constitucional en representación del Constituyente Permanente.

Por su parte, en materia de salud existe regulación constitucional que obliga a dictar las medidas necesarias de protección de la población para enfrentar casos de emergencia sanitaria como lo son las pandemias o epidemias. En efecto, el Congreso de la Unión tiene facultad expresa para delegar al Consejo de Salubridad General, que depende directamente del Presidente de la República, la posibilidad de emitir disposiciones generales obligatorias en materia de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país. El artículo 73, fracción XVI de la carta constitucional dispone:

Artículo 73. El Congreso tiene facultad:

[...]

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

[...]

1a.El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a.En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a.La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4a.Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el

Congreso de la Unión en los casos que le competan (CPEUM, 1917, Art. 73).

El marco regulatorio nos muestra la posibilidad jurídica a nivel constitucional y en la ley reglamentaria en materia de salubridad, para que, en casos de epidemias de carácter grave, la autoridad sanitaria pueda emitir todas las medidas que consideren conducentes para preservar la salud pública, las cuales deberán ser acatadas por las autoridades administrativas.

Las medidas podrán declararse solo sobre las regiones amenazadas y durante el tiempo que resulte necesaria la acción extraordinaria en materia de salubridad; luego de que desaparezcan, deberán levantarse las acciones. Asimismo, en ellas se dispondrá la coordinación con autoridades federales, estatales y municipales, así como regular temas vinculados con la libertad de asociación y otras relacionadas con la libertad de tránsito, estas últimas para efectos de brindar el servicio público de salud, entre otros.

Pedro Villareal (2019) considera que se trata de una excepción al principio de división de poderes, en el que la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General presidido por el Ejecutivo federal, tienen facultades constitucionales, para hacer frente a las epidemias. Aunque también nos advierte que con motivo del fenómeno de descentralización de los servicios de salud en el caso de emergencias sanitarias hay regulación de competencias superpuestas, ya que muchas veces esos casos se enfrentan de manera transversal a través de la coordinación de autoridades federales, locales y municipales; sin que por ello, pueda considerarse que las entidades federativas puedan tomar decisiones distintas, pues el Consejo General de Salubridad es la rectora de estas.

La comparación de las figuras revisadas (estado de excepción y emergencia sanitaria) permite advertir que entre ellas existen diferencias regulativas en la forma en que se establecen y los órganos competentes que participan en su declaración, implementación, seguimiento, vigilancia y control, así como el conjunto de acciones y el alcance de las consecuencias que puede derivar de cada uno.

Esa diferencia conceptual ha dividido a especialistas en la materia, para decantarse entre una u otra, como la forma más idónea en que podría afrontarse el

escenario pandémico provocado por el COVID-19. Así que ha sido su distinción conceptual lo que constituye el principal motivo para impedir una aproximación contextual, comprensiva y complementaria entre ambas; como si existiese una prohibición normativa de su implementación simultánea.

Desde hace tiempo, Atienza (2016) ha denunciado el déficit del razonamiento jurídico en países iberoamericanos a causa del llamado formalismo jurídico, entre algunas de las facetas de ese formalismo, se encuentra precisamente la preferencia por interpretaciones literales y descontextualizadas, acompañadas de la tendencia a incurrir en la contradicción (pp. 49-51).

El estado de excepción es una herramienta que hace posible la eficacia de las medidas adoptadas en la emergencia sanitaria. De esa forma, los conceptos jurídicos caminan sobre una misma vía de licitud y certeza jurídica, con lo que promueven una verdadera coordinación entre las autoridades y permiten avanzar en un conjunto de acciones estratégicas que obligatoriamente deben acompañarse de conexión institucionales entre los distintos niveles y ámbitos de gobierno.

III. EL CONTROL JUDICIAL Y SALUD PÚBLICA

La facultad de intervención evaluativa del decreto del estado de excepción por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, aunque no se trata propiamente de un proceso de acción constitucional, sí se refiere a un control oficioso, abstracto, preventivo e intenso de constitucionalidad para la protección de los derechos humanos, cuyos efectos, en caso de declarar su invalidez, conllevan su anulación.

Una aportación al respecto es lo útil que resultaría en los efectos de dicha resolución, la oportunidad de que ante los tiempos acelerados en que ocurriría la implementación del estado de excepción, sea posible imprimirle efectos retroactivos a la declaratoria de invalidez, con el objeto de hacer realmente efectivo dicho medio de control, como de hecho está previsto en la iniciativa de la ley reglamentaria del artículo 29 constitucional que se encuentra pendiente de aprobación.

Aún en el caso de que el decreto sea considerado constitucional por parte de la Suprema Corte de Justicia, ello en modo alguno inhibe la posibilidad de promover el juicio de amparo(directo o indirecto)e incluso, su conocimiento por parte del Alto

tribunal a través del recurso de revisión, en virtud de que este último caso se trata de un auténtico proceso jurisdiccional de control constitucional en un caso concreto, además de que existe prohibición constitucional en armonía con la jurisprudencia interamericana de que las garantías jurisdiccionales son insuspendibles y no existe causa de improcedencia expresamente prevista en la Ley de Amparo.

Dicha postura es armónica con la citada iniciativa de la ley reglamentaria, en la cual se propone permitir la procedencia del juicio de amparo, con la acotación de que en este se puedan suspender los actos reclamados, salvo que se trate de derechos y garantías ajenas al decreto del estado de excepción. Situación en la que sería deseable que el legislador ponga especial cuidado y reflexionar que al tratarse esa medida precautoria, de una herramienta procesal para evitar la consumación de daños de difícil reparación en perjuicio de las personas, su previsión sería vital para la defensa de los derechos.

Por otro lado, aunque el origen del coronavirus aún no ha sido determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta es su historia. Se remonta a diciembre de 2019 tras el reporte de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, China que notifica a la OMS de casos de neumonía. Después de diversas sesiones, acciones y misiones; el Comité de Emergencias de la OMS recomienda al Director General que el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional.

El 30 de enero de 2020, el Director General acepta la recomendación y declara que el brote por el nuevo coronavirus (COVID-19) constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional. Debido a los alarmantes niveles de propagación y, por su gravedad, el 11 de marzo de 2020, OMS en su evaluación determina que el COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia de atención prioritaria.

En reacción de lo anterior, con motivo de la sesión extraordinaria desarrollada el 19 de marzo de 2020 por el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación del 24 de marzo de 2020, el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la

enfermedad por el virus SARS-CoV2(COVID-19); el cual fue sancionado por el Ejecutivo federal en decreto de publicado en la misma fecha.

Entre las medidas acordadas se estableció la jornada nacional de sana distancia que procura el distanciamiento social, también se recomendó evitar la asistencia de personas a centros de trabajo, espacios públicos o lugares concurridos, con especial cuidado para los adultos mayores de 65 años o personas con enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras, así como suspender temporalmente las actividades escolares.

Luego, por Decreto publicado el 27 de ese mes y año en el Diario Oficial de la Federación, el Titular del Poder Ejecutivo Federal estableció medidas extraordinarias en diversas regiones afectadas en todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) fundamentalmente para disponer que se podrían utilizar todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores públicos, social y privado existentes en las regiones, para atender a las personas, así como adquirir el equipo médico necesario y materiales para hacer frente a la contingencia, sin licitación pública de por medio, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla, a la par de que se implementarían las medidas necesarias para evitar la especulación de precios y el acopio de insumos esenciales.

Posteriormente, el 30 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus COVID-19. Al siguiente 31 de marzo de 2020 la Secretaría de Salud emitió el Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), en el cual se ordenó la suspensión inmediata de actividades no esenciales, para evitar la dispersión y transmisión del virus.

Se estableció que solo podía continuarse en el funcionamiento de actividades consideradas esenciales, entre ellas, las directamente relacionadas con la emergencia sanitaria del ramo médico, paramédico y administrativo de apoyo al

Sistema Nacional de Salud, así como el abasto de sector farmacéutico, manufactura de insumos de equipamiento médico, tecnologías para la atención de la salud, manejos de residuos peligrosos, etcétera; asimismo, las vinculadas con la seguridad pública y protección ciudadana, procuración e impartición de justicia, así como la actividad legislativa; además, de los sectores energéticos, gasolineras, industria de alimentos y bebidas no alcohólicas, supermercados, tiendas de abarrotes, servicios de transporte, telecomunicaciones, medios de información, servicios funerarios, etcétera.

Del mismo modo, se exhortó a la población mexicana a permanecer en resguardo domiciliario hasta el 30 de abril de 2020; esto es, la limitación voluntaria de movilidad permaneciendo en el domicilio particular o sitio distinto al espacio público, el mayor tiempo posible, en particular personas mayores de 60 años, en estado de embarazo, diagnóstico de alguna enfermedad; tras lo cual, habrían de emitirse los lineamientos para el regreso ordenado, escalonado y regionalizado a las actividades laborales.

Ese acuerdo se modificó el 21 de abril de 2020, derivado del análisis técnico efectuado por el Grupo Científico Asesor para responder a la emergencia por la epidemia del virus presentado para su aprobación al Consejo de Salubridad General un día antes, para establecer que las medidas de seguridad sanitaria se extenderían hasta el 30 de mayo de 2020, para mitigar la dispersión y transmisión de la enfermedad y, a partir del 18 de mayo siguiente, podrían levantarse las medidas en aquellos municipios del territorio nacional donde se presentara baja o nula transmisión del virus.

También, se señaló que la Secretaría de Salud emitiría los lineamientos para reducir la movilidad en los municipios con distinto grado de propagación, con el fin de evitar la dispersión de la enfermedad; asimismo, se dispuso que correspondía a los estados, en su calidad de autoridades sanitarias, ejecutar y supervisar los planes de reconversión y expansión hospitalaria para garantizar la adecuada y oportuna atención de la salud o cualquier otra acción sobre la necesidad de atención. El 23 de abril de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las

dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican.

En el marco de la pandemia, se promovieron diversos medios de control constitucional, en especial el juicio de amparo. Uno de tantos ha sido seleccionado por tener relación directa con el estado de excepción, se trata del recurso de queja 56/2020, resuelto el 26 de abril de 2020 por el Segundo Tribunal Colegiado en Materias Administrativa y de Trabajo del Décimo Primer Circuito donde se analizó el decreto estatal emitido por el Gobernador de Michoacán para obligar a las personas a observar el aislamiento social y el confinamiento en casa. El quejoso consideró que ese decreto vulneraba ilegalmente sus libertades, al expedirse en contravención del marco que regula el estado de excepción previsto en el artículo 29 constitucional.

La resolución es susceptible de varias críticas argumentativas. La principal es que la interpretación que hace el tribunal federal, al intentar no emparentar el estado de excepción con la emergencia sanitaria, termina por considerar que cualquier autoridad puede emitir medidas tendentes a generar una coordinación en la atención de la pandemia, sin observar que la autoridad rectora de las decisiones lo es exclusivamente el Consejo General de Salubridad.

Otra crítica colateral radica en que se parte de la idea de que las autoridades estatales, desde esa competencia de coordinación, pueden emitir medidas que limiten la libertad de movilidad; sin embargo, ese no es el propósito que persigue lo previsto en el artículo 184, fracciones II y III de la Ley General de Salud, pues la primera fracción prevé la posibilidad de limitar la libertad de asociación e ingreso a ciertas regiones y, la segunda fracción alude a la libertad de tránsito orientada a dar acceso a los medios de transporte destinados al servicio de salud pública. De modo que, en forma contradictoria, ahora sí se asemejan las facultades de limitación que se pueden emitir en el estado de excepción con las que normativamente pueden decretarse en la emergencia sanitaria.

Finalmente, en el fondo hay una tendencia implícita a considerar constitucional lo decretado por la autoridad estatal, con lo que se emplea el análisis de la apariencia del buen derecho en un sentido invertido, pues al estimar legal ese

proceder, entonces, se considera que no tendría razón anticipar la protección constitucional, cuando existe jurisprudencia obligatoria de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que prohíbe partir del examen perjudicial de la apariencia del buen derecho, en la tesis jurisprudencial de rubro “Suspensión en el juicio de amparo indirecto. La apariencia del buen derecho no puede invocarse para negarla”

(SJF, 2a./J. 10/2014. Registro 2005719) . Si la intención del tribunal federal fue hacer operativo lo previsto en el citado artículo 129, fracción V de la Ley de Amparo, entonces, habría de considerarse que al efecto, cuando existen medidas decretadas por autoridades ajenas a la que tiene la rectoría en materia de salubridad general y, que van más allá de las facultades que permite la legislación en materia de salud, debería existir un análisis con enfoque sistemático y armónico entre el estado de excepción y la emergencia sanitaria.

Lograr que ciertas medidas puedan tener eficacia para combatir epidemias de carácter grave, no solo depende de voluntad política y de buenas intenciones; sino que exige además hacer operativos sus efectos a través de lo que el derecho nos ofrece.

En México, al menos hasta el 30 de abril de 2020 no se ha decretado el estado de excepción, de hecho, los actores políticos involucrados en el Consejo General de Salubridad han considerado que no es mecanismo productivo, para la eficacia de las medidas sanitarias. Sin embargo, hasta esa fecha los datos reportan incrementos considerables en los fallecimientos de personas infectadas por el COVID-19 y una reducida capacidad de atención médica, para el pronóstico a corto plazo de las personas contagiadas.

En micro-retrospectiva, puede señalarse que si las medidas de emergencia sanitaria se acompañan de un programa estratégico de declaratoria del estado de excepción, la crisis de contagio haría mucho menos intensa su propagación y, posiblemente, con ello la atención médica prioritaria podría reportar mejores resultados; por ejemplo, mediante el establecimiento de un plan estratégico de acciones reactivas y estado de excepción regionalizado, para priorizar conforme a la evolución de la pandemia, la atención de ciertos puntos geográficos de la República mexicana.

Con ello, se logra un doble efecto en la curva de aprendizaje pandémica, pues se apuesta por una opción de hacer operar en mejores términos la función democrática del estado de excepción a través de una visión pedagógica constructiva hacia el futuro, al brindar reglas claras que brinden certeza sobre su aplicación, sin cerrar los canales de protección judicial, para resolver casos concretos, en donde las personas consideren afectadas sus libertades. Ese podría ser (o pudo ser) un panorama alentador, entre seguridad jurídica y limitación justificada de libertades fincados en un mismo objetivo común: la protección de salud colectiva.

Con esa lógica, también se cumple con la resolución 1/2020 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en la que se recomienda que en los casos de estados de excepción no se suspendan los procedimientos judiciales idóneos para garantizar la plenitud del ejercicio de los derechos y libertades, entre ellos, las acciones de hábeas corpus y el amparo, para controlar las actuaciones de las autoridades, incluyendo precisamente las restricciones a la libertad personal.

En esta propuesta, también debe repararse en que parte del reto queda además en preguntarse si existe la capacidad institucional de dar una respuesta operativa para hacer efectivo el estado de excepción, con el objeto de dar el suficiente seguimiento de vigilancia a su cumplimiento por parte de la población; o bien, este representaría un reto inusitado que, en lugar de proveer de orden, pueda colapsar el aparato estatal con un considerable dispendio de recursos humanos, materiales y económicos.

En eso debe reflexionarse y, también en que el desafío de ordenar racionalmente y dar una respuesta efectiva a la emergencia no solo encuentra obstáculos por la ausencia de regulación del artículo 29 constitucional; sino también en la nula capacidad demostrada para actuar a través de fases prioritarias y estratégicas, para saber cómo implementarlo adecuadamente en pleno respeto y equilibrio en la protección de los derechos humanos sobre los gravita el estado constitucional democrático de derecho.

Por ende, la tensión que causó el COVID-19 sugiere darle un giro socio-cultural y jurídico a lo que la historia ha mostrado que es el estado de excepción para hacer de su implementación un uso adecuado. Al mismo tiempo, el razonamiento jurídico

debe evolucionar hacia un clima epistemológico menos formalista, donde los instrumentos que nos ofrece el derecho para superar casos de emergencia dejen de verse como conceptos autorreferenciales sin posibilidad de armonización o punto de contacto con lo que les rodea. En otras palabras, podría decirse, más hermenéutica constructivista, menos formalismo interpretativo.

IV. CONCLUSIONES

La activación del estado de excepción persigue ordenar en forma racional y lícita la crisis social provocada por una situación extraordinaria para conservar los valores democráticos. La regulación y control adecuado del estado de excepción cuando se necesita no supone exigir acciones supererogatorias. Por el contrario, apunta hacia el control de los excesos del poder y al uso alternativo de herramientas especiales que minimicen consecuencias antidemocráticas en un estado constitucional para poner el acento en que lo perseguible es un estado de excepción democrático, pero no una excepción antidemocrática del estado.

V. REFERENCIAS

- Aguiar, A. (2012). *Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre la democracia 1987-2012*. Editorial Observatorio Iberoamericano de la Democracia.
- Altman, A. (1993). *Critical legal studies: A liberal critique*. Princeton University Press.
- Atienza, M. (2016). *Curso de argumentación jurídica*. Editorial Trotta.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2020). *Resolución 1-2020: Pandemias y derechos humanos en las Américas*. Resolución de 10 de abril de 2020.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). (1987a). *Opinión Consultiva OC-8/87. El habeas corpus bajo suspensión de garantías (arts. 27.2, 25.1 y 7.6 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Sentencia de 30 de enero de 1987. Serie A, (8).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). (1987b). *Opinión Consultiva OC-9/87. Garantías judiciales en estados de emergencia (arts. 27.2, 25 y 8 Convención Americana sobre Derechos Humanos)*. Sentencia de 6 de octubre de 1987. Serie A, (9).

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH). (1997). *Caso Loayza Tamayo vs. Perú*. Sentencia de 17 de septiembre de 1997. Serie C, (33).

De Sousa, B. (2020). *A cruel pedagoga do vírus*. Editorial Almedina.

Ferrer Mac-Gregor, E., & Herrera, A. (2017). La suspensión de derechos humanos y garantías. Una perspectiva de derecho comparado y desde la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En F. Ibarra, P. Salazar, & G. Esquivel (Coords.), *Cien años para el centenario. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (pp. xx-xx). UNAM.

Fix-Zamudio, H. (2004). Los estados de excepción y la defensa de la Constitución. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 37(11), xx-xx.

Holmes, O. (2012). *La senda del derecho*. Editorial Marcial Pons.

Marmor, A. (1992). *Interpretation and legal theory*. Clarendon Press.

Rodríguez Pérez, R. (2018). *El papel de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el estado de excepción*. Porrúa.

Villarreal, P. (2019). *Pandemias y derecho: Una perspectiva global de gobernanza*. IIJ-UNAM.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO COMO POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD: UNA MIRADA DESDE EL DERECHO ADMINISTRATIVO SANCIONADOR

Alejandro Díaz Reyes, Facultad de Derechos, UAQ¹

José Fernando Vázquez Avedillo, Facultad de Derechos, UAQ²

RESUMEN

Ante el crecimiento y complejidad social, surgen nuevos factores que producen riesgos de afectación a la salud mental de las personas en distintos ámbitos, entre los que se encuentra el laboral. En consecuencia, el Estado social constitucional tiene la responsabilidad principal, pero no exclusiva, de proteger este derecho humano mediante políticas públicas. El estudio de estas políticas públicas en materia de salud mental laboral requiere una visión analítica y compleja. Es necesario comprenderlas como un conjunto integrado, pero también analizarlas en sus distintas acciones y componentes. Esta perspectiva permite apreciar los diversos enfoques y elementos que intervienen en su implementación por parte del Estado, en ejercicio de sus potestades y acciones regulatorias.

¹ Licenciado en derecho con diplomado en Contribuciones Fiscales, Especialista en Derecho Fiscal, con estudios de Maestría en Impuestos y Doctorado en Derecho por la Universidad Autónoma de Querétaro. Catedrático en Licenciatura, en la Maestría en Administración Pública Estatal y Municipal y del Doctorado en Ciencias Jurídicas (SNP) de la Facultad de Derecho, UAQ, ha fungido como catedrático en la Maestría en Impuestos en Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración, UAQ. Presidente de la Academia de Derecho Fiscal y Administrativo de la Facultad de Derecho de la UAQ. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SIN). El trabajo se llevó a cabo con la colaboración del Cuerpo Académico Consolidado “Derechos humanos y globalización” CAC-UAQ-128. Ha participado en distintas investigaciones, en la elaboración de artículos científicos, y capítulos de libros. Integrante colaborador del Cuerpo Académico consolidado “Derechos Humanos y Globalización” de la Facultad de Derecho de la UAQ. Actualmente es integrante del AMDA y coordinador del capítulo Querétaro de la Asociación Mexicana de Derecho Administrativo. Abogado litigante en el área tributaria y administrativa. Cel. +52 4421579585. Correo: alexdiaz-23@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7945-5267>

² Doctor en Derecho. Profesor Investigador de tiempo completo e integrante del Cuerpo Académico Consolidado “Derechos Humanos y Globalización”, de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Perfil Deseable Prodep, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Miembro de la Asociación Mexicana de Derecho Administrativo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2522-142X>.

Desde ese enfoque, la presente investigación analiza la política pública que reconoce y regula los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, centrándose en una de sus dimensiones: el ejercicio de la potestad sancionadora en el ámbito de la Administración Pública. Esta potestad se ejerce después de la aplicación de la potestad de policía, que implica la emisión de normas jurídicas y la realización de procedimientos de inspección. Finalmente, se examina el ejercicio del *ius puniendi* del Estado, a cargo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, que se materializa en la tipificación de infracciones, sus consecuencias jurídicas y los principios rectores del derecho administrativo sancionador ante el incumplimiento de las obligaciones en materia de salud mental laboral.

Palabras clave: administración pública, derecho humano a la salud, factores de riesgo, política pública, potestad sancionadora

ABSTRACT

In the face of social growth and increasing complexity, new factors emerge that pose risks to people's mental health in various areas, including the workplace. Consequently, the Social Constitutional State bears the primary—though not exclusive—responsibility for protecting workers' right to mental health through public policies.

The study of public policy on workers' mental health requires an analytical and comprehensive approach. It must be viewed as a whole that encompasses multiple actions or components, which can also be analyzed separately. Additionally, this policy is complex, as it involves various actions and perspectives that contribute to its structure and implementation by the State in protecting this human right. In this regard, the present research analyzes the public policy that recognizes and regulates psychosocial risk factors in the workplace, focusing on one of its key dimensions: the exercise of the sanctioning power within Public Administration. This power is exercised following the application of the State's police power, which involves issuing legal regulations and conducting inspection procedures. Ultimately, the study examines the exercise of the *ius puniendi* by the Ministry of Labor and Social Welfare, which is activated in cases of non-compliance with mental health

obligations through the classification of infractions, their legal consequences, and the guiding principles established by administrative sanctioning law.

Keywords: public administration, human right to health, risk factors, public policy, sanctioning power

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación parte del estudio que se realiza a la política pública de salud que implementa el Ejecutivo Federal a través de la emisión de normativas legales administrativas de carácter general donde se regula y establece distintas medidas, prevenciones y obligaciones a cargo de los patrones en relación con los factores de riesgo psicosocial en el trabajo desde una mirada del derecho administrativo sancionador. Tal es el caso de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social que, con base en la Constitución federal, la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Infraestructura de la Calidad en ejercicio de la potestad normativa del Estado, emite en el año 2018 la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. Esta tiene como objetivo regular la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial al interior de los centros de trabajo promoviendo un entorno organizacional favorable.

Como consecuencia, en ejercicio de esta potestad, se establece una serie de obligaciones y entornos vinculados con la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial al interior de los centros de trabajo que se deben aplicar en estos lugares en atención al número de trabajadores. En ese sentido, la protección de este derecho, a través de esta política pública, no sólo se da en el ejercicio de la potestad normativa que regula los factores y riesgos psicosociales. En caso de no cumplir con tales obligaciones, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social tiene a su alcance potestades de policía reguladas en la Ley Federal del Trabajo. Lo anterior por medio de los procedimientos de inspección que tienen como finalidad que la autoridad laboral verifique el cumplimiento de las obligaciones laborales por parte de los patrones y trabajadores.

Esta política pública en materia de salud se complementa con la potestad sancionadora de la administración pública. A través del derecho administrativo

sancionador, se tipifican infracciones y sanciones ante el incumplimiento de los deberes en salud mental. Esta facultad forma parte del *ius puniendi* del Estado y permite a la autoridad administrativa ejercer su poder punitivo. En razón de lo anterior y a partir de esta visión analítica y compleja, se estudia la implementación de la política pública en materia de salud mental a través del ejercicio de la potestad sancionadora en el ámbito de la Administración Pública. En sus aspectos sustantivo y adjetivo regula la infracción, la sanción, así como el procedimiento administrativo sancionador. A través de este, se calificará y valorará la extensión del castigo, así como a los derechos humanos que limitan el ejercicio a castigar de la autoridad administrativa.

Este estudio analiza la creación, implementación y valoración de las políticas públicas en salud mental, enfocadas en regular los factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral. La protección de este derecho humano no sólo implica prevención, fomento, tratamiento y acceso a servicios, sino también el ejercicio de potestades estatales. Entre ellas, el *ius puniendi* del Estado, ejercido a través de la Administración Pública y regulado por el derecho administrativo sancionador, permite tipificar infracciones y aplicar sanciones a quienes incumplen estos deberes en materia de salud mental.

Por lo anterior, se utiliza un método de investigación analítico que permite visualizar a esta política pública como un todo que admite ser analizada de forma separada en distintas acciones. Esto conlleva a ver su complejidad que se traduce en distintas acciones y distintas miradas en que puede ser investigada. Así, se propicia un enfoque diferenciado de distintas acciones inmersas en la formulación e implementación de esta política pública, como son el ejercicio de potestades como la de policía y la de castigar en el ámbito de la administración pública que son parte en la protección del derecho fundamental a salud mental de los trabajadores.

II. EL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA DEL ESTADO

La salud según a la Organización Mundial de Salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2023, s.p). Por ello, no es correcto hablar de un derecho a la salud, en virtud, a “que ello implicaría en consecuencia, el derecho a estar sano, lo cual no puede ser garantizado por nadie.” (Gómez Fröde, 2021, p. 17). En cambio, con “el concepto de *derecho de protección a la salud* de inmediato surge la idea de obligaciones a cargo del Estado, así como la promoción de la salud con la implementación de políticas públicas” (p. 18). En este orden de ideas el derecho a la protección de la salud se engloba dentro de los derechos humanos de naturaleza social, lo que se traduce en “derechos plenamente exigibles ante todas las autoridades del Estado, en todos sus niveles de gobierno” (Carbonell y Mac-Gregor, 2014, p.p. 20 y 21). Lo anterior quiere decir que deben garantizarse, a través de las distintas funciones del Estado, como son el legislativo, la autoridad administrativa y la función judicial.

El reconocimiento de este derecho social se da en un contexto de constitucionalización del Estado Social. Este tiene el “objetivo de proteger de mejor manera valores esenciales de las sociedades modernas; tales valores, bajo este nuevo paradigma, adquieren una protección inédita en otros tiempos al ser reconocidos como derechos fundamentales”(Carbonell y Mac-Gregor, 2014, p. 20). Es así que nuestra Constitución Federal reconoce que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”(CPEUM, 2023, s.p. artículo 4).

El reconocimiento en la Constitución y ordenamientos legales ordinarios del derecho a la protección de la salud implica al gobierno como principal obligado para que, por medio de servicios y prestaciones, garantice las condiciones mínimas necesarias a efecto de que:

toda persona disfrute el más alto nivel de salud física y mental. Sin embargo, el más alto nivel de salud posible ha variado a través del transcurso de los tiempos y ha sido concebido de diversas formas, dependiendo de las

diferentes épocas históricas y territorios. Se trata de un derecho complejo que engloba, no solamente la asistencia sanitaria oportuna y adecuada, sino también se extiende a los determinantes básicos de la salud, tales como el acceso al agua potable y al saneamiento, a la vivienda digna, al suministro adecuado de alimentos sanos, a las condiciones salubres de trabajo y medio ambiente (Gómez Fröde, 2021, pp.19 y 20).

Lo anterior implica que es el gobierno el principal actor obligado. Sin embargo, debe tener la rectoría en la protección para garantizar los mínimos indispensables de acceso a este derecho humano a través de políticas públicas. Esto se traduce en el ejercicio de una serie de potestades y acciones que implican lo siguiente:

conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.

Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema (Tamayo Sáez, 2017, p. 281).

En tal sentido, un aspecto importante de la salud de las personas es la salud mental. Esta es entendida por la OMS (2022) como “un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades” (s.p). Sin embargo, existen factores que amenazan la salud mental del trabajador en su centro de trabajo. Estos constituyen detonantes de enfermedades mentales que se conocen como factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

Estos factores de riesgo afectan directamente la salud emocional y mental de los trabajadores. Su estudio y reconocimiento son recientes. Han sido impulsados por acciones gubernamentales que buscan proteger este derecho humano. Para

ello, se han implementado políticas públicas, programas y normativas jurídicas que regulan estos riesgos y establecen deberes tanto para el gobierno como para los particulares. Además, se han diseñado procedimientos de vigilancia para supervisar su cumplimiento y, en caso de incumplimiento, se tipifican infracciones y se aplican sanciones a los responsables.

III. LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO DESDE UNA MIRADA A SU REGULACIÓN POR MEDIO DEL EJERCICIO DE LA POTESTAD DE POLICÍA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Para poder entender qué es un factor de riesgo psicosocial en el trabajo se debe entender que un factor “es un elemento o causa que actúan junto con otros” (RAE, 2023, s.p.). Por otro lado, el lado psicosocial debe verse desde el enfoque individual y social, es decir, “el carácter psicosocial de una experiencia está dado por la dimensión intersubjetiva e intrasubjetiva, inherentes a la naturaleza de las relaciones entre los sujetos. En otras palabras, el concepto de lo psicosocial es visto como la conjunción entre lo psicológico y lo social ” (Medina Montañez, et al; 2007, p. 180). En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) explica que:

los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. (OIT, 1984, apartado 2)

Por tanto, un factor de riesgo psicosocial se traduce en una causa o condición que se encuentra presente en el contexto laboral. Estos pueden ser: mal ambiente laboral, hostigamiento, sobrecarga laboral, mala definición de roles, horarios laborales excesivos, entre otras. Se distinguen porque tienen la capacidad para amenazar o afectar la salud mental del trabajador. Esto se refleja en distintas enfermedades mentales como el estrés laboral, ausentismo, ansiedad, adicción al trabajo, alteraciones fisiológicas, psicomáticas, entre otras.

De manera oficial a nivel internacional el estudio, reconocimiento y control de estos temas vinculados con los factores psicosociales que ponen en riesgo la salud mental de los trabajadores se dio por medio de la OIT. Estos fueron los primeros:

documentos oficiales e internacionales en abordar el tema de los factores psicosociales en el trabajo fue “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control” documento publicado por la Organización Internacional del Trabajo en 1984. Se constata en la publicación que la problemática es claramente anterior y que se remonta al menos a 1974, fecha en la que consta una clara llamada de la Asamblea Mundial de la Salud para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores. (Moreno, B. y Baez C., 2010, p. 5)

Lo anterior se traduce en cierta presión internacional que se da con base en recomendaciones de la OIT al Estado Mexicano. Esto trajo como consecuencia una serie de acciones específicas. En el año 2016, por ejemplo, surgió el Programa Nacional de Bienestar Emocional y Desarrollo Humano en el Trabajo, conocido como PRONABET. Este se trata de:

una política pública enfocada a crear una nueva cultura de salud laboral en México, que fomenta el cuidado de las emociones en el trabajo y la prevención de factores de riesgo psicosocial que afectan el bienestar de los trabajadores, tales como el estrés laboral y económico, las adicciones, el alcoholismo, el consumo de drogas y la violencia laboral, entre otros (STPS, 2016, Boletín de prensa no. 564).

Estas acciones constituyen el antecedente de la NOM-035-STPS-2018, norma administrativa de carácter general vinculada con factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Esta fue creada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en el año 2018 con base en la Constitución federal, la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Infraestructura de la Calidad. Su surgimiento ocurrió con base en el ejercicio de la potestad normativa de las instituciones anteriormente señaladas y con el objetivo de regular la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial al interior de los centros de trabajo. De ese modo, se buscó promover un entorno organizacional favorable.

Lo anterior establece una serie de bases legales que obligan al gobierno a ejercer sus potestades de policía. Esto se realiza mediante las leyes emitidas por el legislador o las disposiciones generales de la administración pública, con el fin de regular el derecho a la protección de la salud, tal como lo establece la Constitución Federal. Este ejercicio incluye el reconocimiento y control de los factores que amenazan la salud mental de los trabajadores en sus centros de trabajo.

En este orden de ideas, en el ámbito administrativo, esta actividad de policía se traduce según Yunez en “un conjunto de actos jurídicos y operaciones materiales, cuyo objeto es asegurar la aplicación de reglamentaciones para prevenir la infracción de sus disposiciones, constatar las violaciones eventualmente cometidas y deferir sus autores a las sanciones correspondientes” (Olano García, 2010, p. 107). Es decir, esta potestad se desarrolla a través de las actividades normativas y de las de vigilancia por medio de procedimientos administrativos de inspección.

Por lo antes expuesto, con la creación de esta normativa se busca la prevención, la reducción y extinción de los factores que pueden incidir de forma negativa en la salud mental de los trabajadores. En consecuencia, se establecen una serie de obligaciones vinculadas con la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial al interior de los centros de trabajo que se deben aplicar en estos lugares atendiendo al número de trabajadores. Esto diferenciaría a los centros de trabajo donde laboran hasta 15 trabajadores, centros de trabajo donde laboran entre 16 y 50 trabajadores y centros de labores donde trabajan más de 50 trabajadores. Por lo anterior, se establecen una serie de obligaciones a cargo del patrón al interior del centro del trabajo, que se encuentran reguladas en el numeral 5 de la NOM-035-STPS-2018. Así, se ubican las siguientes:

- a) El patrón debe establecer por escrito, implantar, mantener y difundir en el centro de trabajo una política de prevención de riesgos psicosociales, b) Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial , c) Evaluar el entorno organizacional, d) Adoptar las medidas para prevenir y controlar los factores de riesgo psicosocial, promover el entorno organizacional favorable, así como para atender las practicas opuestas al entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral, e) Identificar a los trabajadores que fueron

sujetos a acontecimientos traumáticos severos durante o con motivo del trabajo y, canalizarlos para su atención a la institución de seguridad social o privada, o al médico del centro de trabajo o de la empresa, f) Practicar exámenes médicos y evaluaciones psicológicas a los trabajadores expuestos a violencia laboral y/o a los factores de riesgo psicosocial, cuando existan signos o síntomas que denoten alguna alteración a su salud y el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial; a través de la institución de seguridad social o privada, médico, psiquiatra o psicólogo del centro de trabajo, según corresponda, g) Llevar registros sobre los resultados que arrojen las obligaciones anteriores, y h) Difundir y proporcionar información a los trabajadores sobre estas políticas. (NOM-035-STPS-2018)

Mediante la regulación de estos factores de riesgo psicosocial al interior de los centros de trabajo, se reconoce su existencia para evaluación, manejo y gestión. Esto resulta muy importante en el sentido de la protección a uno de los aspectos de este derecho fundamental de naturaleza social, como es la salud mental de los trabajadores. En razón, a la incidencia negativa que presentan estos factores que se originan en las deficientes condiciones laborales, de estructura y de organización al interior del centro de labor, que pueden influir en la generación de un riesgo psicosocial. Entre otras causas en los que se originan estos factores, se puede ubicar:

- Las excesivas cargas laborales
- La asignación desproporcionada de responsabilidades en el centro de trabajo
- Las jornadas laborales extenuantes
- El ejercicio negativo de la autoridad al interior del centro de trabajo
- El home office excesivo productor de sobrecarga, alta exposición y alejamiento social y familiar
- La deficiente forma en que se comunican las responsabilidades al interior del centro de labores
- Deficientes formas de interrelación y trabajo colaborativo al interior del centro de labores
- El acoso laboral al interior de los centros de labores

- La discriminación
- La deficiente repartición de roles de trabajo, entre otros

Lo anterior representa que una adecuada evaluación y gestión de estos factores de riesgo al interior de los centros de labores significa una disminución de riesgos psicosociales. Los riesgos psicosociales se presentan como el resultado o consecuencia de los factores antes referidos y dan lugar a situaciones negativas que inciden en el aspecto psicológico, físico y social del trabajador, tales como:

- El estrés
- La angustia
- La depresión
- Conflictos intrafamiliares a causa de los excesivos horarios de trabajo
- Irritabilidad
- La obsesión al trabajo, entre otras

Por tanto, se resalta la importancia del ejercicio de la potestad de policía del Estado en la regulación de estos factores de riesgo por medio de normas administrativas que establecen una serie de obligaciones que, en mayor extensión, se dirigen hacia el patrón. Por esta razón, debe implementar hacia el interior del centro laboral mecanismos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, incluyendo su gestión. Asimismo, es importante que los patronos cumplan con sus obligaciones legales impuestas a través de esta NOM-035-STPS-2018. Mediante esta norma, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social tiene facultades legales de aspecto adjetivo que se materializan en el ejercicio de la actividad de policía mediante los procedimientos de inspección laboral. En el supuesto que de la inspección se acredite que el patrón no ha cumplido tales obligaciones, se actualizará la potestad sancionadora de la Administración Pública.

IV. LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO COMO POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD: DESDE UNA VISIÓN DE LA POTESTAD SANCIONADORA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Es pertinente resaltar, como ha quedado señalado, que previo al ejercicio de la potestad sancionadora de la Administración Pública, se debe agotar una serie de procedimientos de inspección a cargo de la Secretaría de del Trabajo y Previsión Social regulados por los artículos 540, 543 y 550 de la Ley Federal del Trabajo, así como los artículos del 1 al 50 del Reglamento General de Inspección del Trabajo y Aplicación de Sanciones, normas que dan sustento al ejercicio de la potestad de policía del Estado en este ámbito del trabajo, y que tienen como finalidad que la autoridad laboral verifique el cumplimiento de las obligaciones laborales por parte de los patrones y trabajadores es esta materia.

Pues bien, ante el incumplimiento de estas obligaciones que tiene el patrón al interior de los centros de trabajo se actualiza la infracción y la sanción, figuras de naturaleza punitiva previstas por el derecho administrativo sancionador que regula la potestad a castigar con la que cuenta el gobierno, facultad de sanción que se engloba dentro del ejercicio del derecho a castigar o *ius puniendi*, en donde, "... el Estado manifiesta su poder soberano castigando las conductas ilícitas que alteren el orden social, la facultad de sanción se justifica ante cualquier peligro de los intereses comunes..." (Velázquez Tolsá, 2021, p. 36).

En este sentido es pertinente señalar que el derecho administrativo sancionador es una de las vertientes en que se desglosa el *ius puniendi* del Estado, junto con el derecho penal, criterio que sigue nuestro sistema legal a través de interpretaciones jurisprudenciales (tesis jurisprudencial P./J. 99/2006). Por tanto, la "facultad sancionadora de la Administración Pública constituye una facultad inherente y esencial para la existencia de la función administrativa, en cuanto que sin ella no sería posible que los órganos Administrativos ejercieran sus atribuciones, pues carecería de los medios coercitivos para hacer que los gobernados cumplan con sus disposiciones legales..." (Delgadillo Gutierrez y Lucero Espinosa, 2004, p. 213)

Sobre este punto, el ejercicio de esta potestad punitiva es detentada en el ámbito administrativo en estudio por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, dependencia centralizada de la administración pública federal, que se regula por un conjunto de normas jurídicas que comprende el derecho administrativo sancionador que a su vez tiene dos aspectos, uno adjetivo y otro sustantivo.

El aspecto adjetivo del *ius puniendi* del Estado se materializa por medio del procedimiento administrativo sancionador a través del cual se calificará y valorará la extensión del castigo que se encuentra regulada por los artículos 51 a 63 del Reglamento de Inspección en el Trabajo y Aplicación de Sanciones. En cambio, el aspecto sustantivo de esta potestad punitiva, donde se queda tipificada la infracción, su sanción se regula tanto en la Ley Federal del Trabajo a través de los artículos 992 a 1010, así como en los artículos 114 a 126 del Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Empero, el ejercicio de esta potestad punitiva por la autoridad administrativa en el ámbito laboral no es absoluta pues al ser una de las manifestaciones en que se actualiza el derecho a castigar del gobierno, le son aplicables los principios que limitan el ejercicio de esta potestad, tanto en el ámbito sustantivo como procedimental. En este sentido, la potestad sancionadora que deriva de la teoría del *ius puniendi* único desglosa "... en dos facetas el derecho administrativo sancionador y el derecho penal común lo constituyen los principios que limitan el ejercicio de esta actividad sancionadora. De tal suerte que le resultan aplicables de forma matizada los principios que limitan el ejercicio de la potestad punitiva ..." (Aguado Romero y Vázquez Avedillo, 2022, p. 177), principios que aplican tanto en el aspecto sustantivo como en el adjetivo.

Dentro de los principios en el ámbito sustantivo "... se encuentran los principios de legalidad, de reserva de la ley, de tipicidad, de no retroactividad de la ley, de culpabilidad, de personalidad de la pena, de proporcionalidad de la pena, de *non bis in idem* y de prescripción; y respecto de los principios rectores del aspecto adjetivo de la potestad tributaria sancionadora, se ubican los principios de debido proceso, de acceso a la justicia, de presunción de inocencia, de no autoincriminarse,

de caducidad y de tutela jurisdiccional efectiva.” (Díaz Reyes y Aguado Romero, 2018, p. 282)

En definitiva, la implementación de esta política pública en materia de protección de la salud mental de los trabajadores en sus centros de trabajo a través del reconocimiento y regulación de los factores de riesgo psicosocial implica forzosamente que se le tenga que estudiar desde una visión “analítica” (RAE, s. f.), es decir, verla como un todo que comprende o puede ser analizada de forma separada en distintas acciones o partes.

Lo anterior implica que esta política pública dentro del ejercicio de la potestad de policía comprende un aspecto de reconocimiento a través de regular la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial al interior de los centros de trabajo promoviendo un entorno organizacional favorable. Al igual comprende un ámbito que involucra el ejercicio de la potestad punitiva en manos de la administración pública regulada a través del derecho administrativo sancionador.

Lo anterior se traduce en que el estudio de este tipo de políticas se haga desde distintos ámbitos o miradas para comprender que se trata de una acción compleja que “se compone de elementos diversos.” (RAE, s. f.). Una de estas miradas a través de la cuál se le puede analizar es el derecho administrativo sancionador.

V. CONCLUSIONES

En la presente investigación se llevó a cabo un análisis de la política pública en materia de protección de la salud mental de los trabajadores en sus centros de trabajo, a través del reconocimiento y regulación de los factores de riesgo psicosocial por medio de la NOM-035-STPS-2018 a la luz de una mirada de derecho administrativo sancionador. En este sentido comunicamos las siguientes conclusiones:

La política pública que se implementa al interior de los centros de trabajo que reconoce y regula la identificación, análisis y prevención de los factores de riesgo psicosocial dentro de los centros de trabajo promoviendo un entorno organizacional favorable es una acción compleja que comprende diversos aspectos, circunstancia

por la que se le debe estudiar desde una visión analítica que implica su análisis en forma separada. Por tanto, se debe estudiar desde distintas miradas. Estas pueden ser: los servicios públicos, la potestad de policía que implica la actividad normativa y de vigilancia hasta llegar al ejercicio del *ius puniendi* del Estado por parte de la Administración Pública por medio del derecho administrativo sancionador como otra de las miradas en que se debe analizar esta acción del Estado referente a la protección del derecho humano a la salud mental de los trabajadores al interior de los centros de labores.

VI. REFERENCIAS

- Aguado, G., & Vázquez, F. (Coords.). (2022). *Problemas nacionales y derechos humanos en México*. Tirant Lo Blanch.
- Bañón, R., & Carrillo, M. (1997). *El análisis de las políticas públicas*. Alianza Editorial. Recuperado de: https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/PoliticasyPublicas/tamayo_analisis_de_polit_public.tif.pdf
- Carbonell, M., & Ferrer Mac-Gregor, E. (2014). *Derechos sociales y su justiciabilidad directa*. Flores Editores.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Ley Federal del Trabajo*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n152.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Reglamento General de Inspección del Trabajo y Aplicación de Sanciones*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5662150&fecha=23/08/2022#gsc.tab=0
- Delgadillo, L., & Lucero, M. (2004). *Compendio de derecho administrativo*. Porrúa.
- Díaz, A., & Aguado, G. (2018). La tramitación autónoma del procedimiento tributario sancionador en México en el contexto del respeto al derecho humano a la seguridad jurídica. *Revista Digital de Derecho Administrativo*, (20). Recuperado de: <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/Deradm/article/view/5466>

- Ferney, L. (2020). Potestad normativa en estado de excepción por situaciones de calamidad pública, como el COVID-19 en Colombia. *Revista Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/6559/655969162013/html/>
- Gómez Fröde, C. (2021). *Derecho a la salud*. Editorial Libitum.
- Medina, M. V., et al. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencia & Retos*, 12, 177-189. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929306>
- Moreno, B., & Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf#:~:text=Se%20constata%20en%20la%20publicaci%C3%B3n,la%20salud%20de%20los%20trabajadores>
- Olano García, H. A. (2010). La policía administrativa. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 1(2), 106-116. <https://www.redalyc.org/pdf/5177/517751799009.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. OIT-OMS. Recuperado de: <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Constitución*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>
- Real Academia Española (RAE). (2023). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/analítico#>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). (2016). *Boletín de prensa No. 564*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/stps/prensa/pronabet-herramienta-eficaz-de-la-stps-para-prevenir-factores-de-riesgo-psicosocial>
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). *NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2006). *Derecho administrativo sancionador. Para la construcción de sus propios principios constitucionales es válido acudir de manera prudente a las técnicas garantistas del derecho penal, en tanto ambos son manifestaciones de la potestad punitiva del Estado* (Tesis P./J. 99/2006). *Semanario Judicial de la Federación*, XXIV, Novena Época. Recuperado de: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/174488>

Velázquez, F. (2021). *Derecho administrativo sancionador mexicano*. Bosch.

El derecho a la salud mental desde los órganos de protección de derechos humanos de Naciones Unidas

Javier Rascado Pérez, Facultad de Derecho, UAQ¹

Rodrigo Chávez Fierro, Facultad de Derecho, UAQ²

RESUMEN

El derecho a la salud mental es un componente esencial del derecho a la salud, reconocido en varios tratados internacionales de derechos humanos. Este documento aborda cómo los órganos de protección de derechos humanos de la ONU, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de los Derechos del Niño y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, han interpretado y expandido las obligaciones de los Estados para garantizar el acceso a la salud mental. Se discuten temas como la no discriminación, el acceso equitativo a servicios de salud mental, la prohibición de tratamientos forzosos y el consentimiento informado. El documento enfatiza la necesidad de políticas inclusivas que respeten la dignidad y los derechos de las personas con discapacidades y otros grupos vulnerables.

Palabras clave: derecho a la salud, no discriminación, políticas inclusivas, dignidad humana.

¹ Doctor en Derecho por la Universidad Autónoma de Querétaro, perteneciente al SNI. Profesor e Investigador de la Facultad de Derecho y la División de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro. Presidente de la Defensoría de los Derechos Humanos de Querétaro.

² Profesor investigador de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Coordinador del Centro de Estudios sobre Derechos Humanos de Querétaro.

ABSTRACT

The right to mental health is a crucial aspect of the broader right to health, recognized in various international human rights treaties. This paper examines how United Nations (UN) human rights bodies, including the Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, the Committee on the Rights of the Child, and the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, have interpreted and expanded states' obligations to ensure access to mental health care. Key issues discussed include non-discrimination, equitable access to mental health services, the prohibition of forced treatment, and the principle of informed consent. The paper highlights the need for inclusive policies that uphold the dignity and rights of persons with disabilities and other vulnerable groups.

Keywords: right to health, non-discrimination, inclusive policies, human dignity.

I INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud mental es una parte integral del derecho a la salud, reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12 establece que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Este derecho ha sido desarrollado y ampliado a través de interpretaciones de varios órganos de protección de derechos humanos de la ONU. Mediante observaciones generales y recomendaciones, estos órganos han delineado las obligaciones específicas de los Estados para garantizar el acceso equitativo y sin discriminación a servicios de salud mental, así como para proteger la dignidad y la autonomía de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades.

Este capítulo explora cómo los diferentes comités de la ONU, han abordado temas clave como la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad de los servicios de salud mental, y la importancia del consentimiento informado y la no imposición de tratamientos forzosos. A través de este análisis, se busca destacar la importancia de políticas inclusivas y respetuosas de los derechos humanos para asegurar el bienestar mental de las poblaciones vulnerables.

II. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL DESDE LOS ÓRGANOS DE DERECHOS HUMANOS DE NACIONES UNIDAS

El derecho a la salud está reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),³ en su artículo 12 al señalar que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Dicho derecho ha sido interpretado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)⁴ por medio de su observación general número 14, donde señaló que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y hace extensivo el derecho a factores determinantes básicos de la salud como la alimentación, la vivienda, el acceso al agua, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente sano.

El CESCR desarrolla los elementos esenciales del derecho a la salud como la *disponibilidad*, la *accesibilidad*, la *aceptabilidad* y la *calidad*; reiterando que la accesibilidad significa entre otras cuestiones la no discriminación, entendida como que los establecimientos y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquier de los motivos prohibidos. El CESCR recuerda que los Estados tienen la obligación de *respetar*, *proteger* y *cumplir* el derecho a la salud.

El artículo 12 del PIDESC también establece que, entre las medidas que deberán adoptar los Estados a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, destaca la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. En la interpretación dada por el CESCR en la referida observación general, señala que esta disposición incluye acceso a:

³ Adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 por medio de la resolución 2200 A (XXI), entrando en vigor el 03 de enero de 1976.

⁴ El Comité fue creado en virtud de Resolución 1985/17 del Consejo Económico y Social de 28 de mayo de 1985.

- a) servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación,
- b) acceso a la educación en materia de salud;
- c) programas de reconocimientos periódicos;
- d) tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad;
- e) el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental (observación general núm. 14, 2000, p. 17).

Como parte de la obligación de respetar el derecho a la salud, el CDESCR indica que dicha obligación incluye el deber de los Estados de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas (observación general núm. 14, 2000, p. 34). No obstante, aclara el mismo Comité que dichas excepciones deben estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, tomando en cuenta las mejores prácticas y normas internacionales aplicables⁵.

Como parte de la obligación de cumplir o garantizar el derecho a la salud, el CDESCR señala que los Estados deben velar por la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (observación general núm. 14, 2000, p. 36).

El derecho a la salud también ha sido reconocido en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁶ que en su artículo

⁵ Este punto posteriormente será desarrollado y ampliado por el *Comité de Derechos de Personas con Discapacidad* como se verá más adelante.

⁶ Adoptada el 18 de diciembre de 1979, por medio de la resolución 34/180 de la Asamblea General, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.

12 mandata que los Estados asegurarán en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica.

En su recomendación general núm. 27 sobre la mujer y la salud, el Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CDM) advirtió la especial vulnerabilidad de las mujeres con deficiencias mentales y que en general se conoce poco la amplia gama de riesgo que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por razones de género. El CDM impulsa a los Estados a garantizar los servicios de salud que atiendan las necesidades de las mujeres con discapacidades y respeten su dignidad y sus derechos humanos.

En posteriores recomendaciones generales, el CDM ha vuelto sobre el tema de la salud mental, al abordar la violencia por razones de género contra la mujer (recomendación general núm. 35, 2017), al indicar que dentro de la obligación de protección, los Estados deben aprobar y aplicar medidas eficaces para ayudar a las mujeres denunciantes y a los testigos de la violencia por razones de género, entre otras medidas asegurando el acceso a servicios de atención sanitaria que deberán permitir una recuperación postraumática e incluir servicios oportunos y amplios de salud mental, entre otros.

Asimismo, señala el CDM, los Estados deberán prestar servicios de apoyo especializado para las mujeres, como puede ser líneas telefónicas de asistencia que presten atención 24 horas al día y un número suficiente de centros de crisis seguros y adecuadamente equipados, centros de apoyo y de derivación de pacientes y centros de acogida adecuados para las mujeres, sus hijos y otros familiares según sus necesidades.

Para profundizar en específico los derechos de las mujeres rurales, el CDM ha señalado que los Estados deben salvaguardar los derechos de las mujeres y las niñas rurales a una atención sanitaria adecuada garantizando entre otras cuestiones servicios sanitarios de alta calidad físicamente accesibles y asequibles para las

mujeres rurales, debiendo de ofrecer diversos servicios entre los que se incluyen servicios de salud mental (recomendación general núm. 34, 2016, p. 39).

La Convención sobre los Derechos del Niño⁷ también reconoce el derecho a la salud en su artículo 24, al señalar que los Estados reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades, así como a la rehabilitación de la salud. Por ello, los Estados deberán esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de dichos servicios sanitarios.

En este sentido, los Estados asegurarán, con base en la Convención sobre los Derechos del Niño, la plena aplicación del derecho a la salud adoptando medidas que permitan asegurar la prestación de asistencia médica y atención sanitaria, desarrollando la atención sanitaria preventiva y aboliendo prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños, entre otras.

En ejercicio de su facultad de interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Comité sobre los Derechos del Niño (CDN) ha manifestado que dentro de la obligación de garantizar sin discriminación alguna los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, debe añadirse dentro de las categorías sospechosas expresamente enunciadas en el artículo 2, el VIH/SIDA y la salud mental (observación general núm. 4, 2003).

Como parte de la obligación de garantizar el derecho a la salud, los Estados deben asegurarse que los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios aplicando medidas para la prevención de las perturbaciones mentales y la promoción de la salud mental en los adolescentes (observación general núm. 4, 2003, p. 39).

En este sentido, el CDN mandata que los Estados deben proporcionar servicios de salud adecuados a las necesidades de los adolescentes prestando

⁷ Adoptada por medio de la resolución 44/25 de la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, entrando en vigor el 2 de septiembre de 1990.

atención en características como la disponibilidad; es decir que la atención primaria de salud debe conceder especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental (observación general núm. 4, 2003, p. 41).

Años después, el CDN volvió a ocuparse sobre el tema del derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud (observación general núm. 15, 2013), donde hizo énfasis en la atención prestada a nuevos problemas sanitarios y a las prioridades cambiantes en el ámbito de la salud destacando la importancia de la atención de la salud mental (p. 15).

El CDN aprovechó la oportunidad para señalar su preocupación por el aumento de la mala salud mental en los adolescentes; en concreto:

- a) trastornos en el desarrollo y la conducta,
- b) depresión,
- c) trastornos alimentarios,
- d) ansiedad,
- e) traumas psicológicos resultantes del abuso, la desatención, la violencia o la explotación,
- f) el consumo indebido de alcohol, tabaco y drogas,
- g) comportamientos obsesivos, como un uso excesivo de Internet y otras tecnologías hasta un punto adictivo; y
- h) la autolesión y el suicidio (observación general núm. 15, 2013, p. 34).

Por lo cual, el CDN resaltó la necesidad de prestar mayor atención a las problemáticas sociales y de conducta que socavan la salud mental, el bienestar psicosocial y el desarrollo emocional de los niños. De igual forma, advirtió también del peligro del recurso excesivo de la medicalización y el internamiento como respuesta a los problemas de salud mental.

Derivado de ello, instó a los Estados a que adoptaran un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños y adolescentes, invirtiendo en enfoques de atención primaria que faciliten

la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños.

En este sentido, el CDN reiteró que los Estados tienen la obligación de ofrecer tratamiento y rehabilitación adecuados a los niños que presenten trastornos psicosociales y de salud mental, absteniéndose de medicaciones innecesarias (p. 39). De igual forma, hizo énfasis en promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales; sobre todo respecto de niños en situación de riesgo debido a sus entornos familiares y sociales los cuales deben recibir una atención especial orientada a mejorar sus aptitudes para hacer frente al medio en que se desarrollan.

En años más recientes, el CDN al abordar los derechos de los niños en relación con el entorno digital (observación general núm. 25, 2021), indicó que los adolescentes quieren tener un acceso a servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva en línea que fueran gratuitos, confidenciales, apropiados para su edad y no discriminatorios.

El CDN señaló que es obligación de los Estados garantizar que los niños tengan un acceso seguro y confidencial a información y servicios de salud dignos de confianza, incluidos servicios de asesoramiento psicológico.

Asimismo, estos servicios, deben limitar el procesamiento de datos de los niños que sean necesario para el funcionamiento del servicio. También, deben ser prestados por profesionales con sujeción a mecanismos de supervisión regulados.

Los Estados deberán, adicional a ello, establecer normas para evitar los daños conocidos y tener en cuenta de forma proactiva las nuevas investigaciones en la salud pública a fin de evitar la difusión de información errónea o de materiales y servicios que puedan dañar la salud mental o física de los niños (observación general núm. 25, 2021, p. 96).

Desde luego que el derecho a la salud se encuentra reconocido también en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Convención

DPD)⁸ que en artículo 25 establece que los Estados reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad; y para ello, los Estados deben adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso a las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En este sentido, los Estados deben de proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de salud gratuitos o a precios asequibles; así como servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades.

La Convención DPD exige de los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad la misma calidad en la atención que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad. Pero además del derecho a la salud, en materia de salud mental es importante recordar dos derechos que también se encuentran consagrado en la Convención DPD como es el igual reconocimiento como personas ante la ley (artículo 12) y la libertad y la seguridad de la persona (artículo 14).

Como parte de la interpretación de estos derechos, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) ha señalado que históricamente las personas con discapacidad se han visto privadas de muchas esferas, de manera discriminatoria, de su derecho a la capacidad jurídica, en virtud de regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones como las leyes sobre salud mental que permiten el tratamiento forzoso (observación general núm. 1, 2014).

El CDPD recuerda que el reconocimiento de la capacidad jurídica se encuentra vinculado de manera indisoluble con el disfrute de muchos otros derechos

⁸ Adoptada por medio de la resolución A/RES/61/106 de fecha 13 de diciembre de 2006, entrando en vigor el 3 de mayo de 2008.

humanos establecidos en la Convención DPD como es el derecho a no ser internado contra su voluntad en una institución de salud mental y a no ser obligado a someterse a un tratamiento de salud mental.

Dicho CDPD ha reafirmado en varias ocasiones que el tratamiento forzoso por parte de profesionales de la psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina es una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y una infracción del derecho a la integridad personal; así como una vulneración al derecho a la protección contra la tortura y contra la violencia, explotación y el abuso (artículos 15, 16 y 17 de la Convención DPD). Por ello, señala el CDPD, los Estados deben eliminar las políticas y las disposiciones legislativas que permiten o perpetúan el tratamiento forzoso, ya que constituye una violación continua que se ha observado en varias legislaciones sobre salud mental en todo el mundo.

En su interpretación sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (observación general núm. 5, 2017), el CDPD señaló que como parte de la obligación de respetar este derecho, conlleva la obligación de poner en libertad a todas las personas que estén confinadas en contra de su voluntad en servicios de salud mental u otras formas de privación de libertad específicas de la discapacidad. De igual forma, el CDPD al dotar de contenido al derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad (observación general núm. 6, 2018) reafirmó que las leyes de salud mental que legitimen la institucionalización forzada y la administración forzada de tratamientos son discriminatorios y debe abolirse.

El CDPD señaló su preocupación al señalar que la administración forzosa de tratamientos a las personas con discapacidad tanto dentro como fuera de los centros de salud mental constituye violencia, malos tratados u otros castigos crueles y degradantes. En este sentido indicó que la institucionalización de personas con discapacidad como condición para recibir servicios de salud mental del sector público constituye un trato diferenciado por motivos de discapacidad y por lo tanto es discriminatorio (observación general núm. 6, 2018, p. 58).

En 2015, el CDPD aprobó sus Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad⁹, con el fin de proporcionar aclaraciones adicionales respecto de la obligación de respetar, proteger y garantizar los referidos derechos a las personas con discapacidad. En ellas, el Comité reafirma varios conceptos desarrollados en su labor como órgano encargado de supervisar la aplicación de la CDPD y reafirmó su preocupación por la existencia de prácticas que pueden autorizar la privación de la libertad por motivos de deficiencia real o percibida.

En las mencionadas Directrices, el CDPD entiende por deficiencia una circunstancia personal física, psicosocial, intelectual o sensorial que puede ir acompañada o no de limitaciones funcionales del cuerpo, la mente o los sentidos; por lo que una deficiencia implicaría una diferencia con respecto a lo que suele considerarse la norma (p. 6). En este sentido, la discapacidad se entendería como el efecto social de la interacción entre la deficiencia individual y el entorno social y físico.

Como hemos señalado, el Comité reafirma que en virtud del artículo 14 de la CDPD no es admisible excepción alguna en virtud de la cual se pueda privar a una persona de su libertad por motivos de deficiencia real o percibida. Esto a pesar de la existencia de legislaciones que comprenden leyes relativas a la salud mental que siguen previendo casos en que pueda recluirse a una persona a causa de su deficiencia real o percibida, siempre y cuando existan otras razones para ello como puede ser que represente un peligro para sí misma o para otras personas.

En el mismo documento, el CDPD expresa su rechazo al internamiento involuntario de personas con discapacidad por motivos de atención médica al señalar que contradice la prohibición absoluta de la privación de la libertad por motivos de discapacidad; así como del principio del consentimiento libre e informado de la persona interesada en recibir tratamiento médico.

⁹ Aprobadas por el Comité en su 14º periodo de sesiones (17 de agosto a 4 de septiembre de 2015) (A/72/55).

El Comité reitera su postura transmitida a los Estado que deben derogar las disposiciones que permitan el internamiento involuntario de personas con discapacidad en instituciones de salud mental en razón de deficiencia reales o percibidas. Señala el CDPD que el internamiento involuntario en instituciones de salud mental entraña la negación de la capacidad jurídica de la persona para decidir acerca de la atención, el tratamiento y el ingreso en una institución y por tanto vulnera los artículos 12 y 14 del CDPD.

En este sentido, las Directrices (p. 11) establecen que los Estados deben velar porque la prestación de servicios sanitarios, que debe incluir los servicios de salud mental, debe basarse en el consentimiento libre e informado de la persona interesada. Vinculado al derecho a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás, los Estados tienen la obligación de no permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan aquellas con discapacidad en la adopción de decisiones en nombre de estas. Por tal motivo, todo personal médico debe velar porque se lleve a cabo la consulta de forma apropiada directamente con la persona con discapacidad; garantizando en la medida de lo posible que las personas encargadas de prestar apoyo, no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni ejerzan una influencia indebida sobre ellas.

En sus directrices, el CDPD vuelve a señalar su pedido a los Estados de proteger la seguridad y la integridad de las personas con discapacidad privadas de su libertad, eliminando:

- a) el recurso de tratamiento forzoso,
- b) el aislamiento
- c) los diversos métodos de inmovilización en establecimiento médicos¹⁰

Estas prácticas no son conformes con la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Lo anterior va de la mano con las afirmaciones del CDPD cuando indica que la reclusión de personas con

¹⁰ Estos incluyen las medidas de contención física, farmacológica y mecánica.

discapacidad en razón del peligro percibido que podría representar para ellas mismas o para otras personas es contrario al artículo 14 de la CDPD.

El CDPD advierte que se suele considerar a las personas con discapacidad intelectual como peligrosas para ellas mismas y para los demás cuando no dan su consentimiento para seguir un tratamiento médico y se niega a recibirlo. Sobre ello, el Comité señala que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, tienen la obligación de no hacer daño. En este sentido, la libertad de tomar decisiones, establecido como un principio en el artículo 3 de la Convención DPD, incluye la libertad de asumir riesgos y cometer errores en condiciones de igualdad con las demás personas. Por lo cual, se insiste en que las decisiones sobre tratamiento médico y psiquiátrico deben basarse en el consentimiento libre e informado de la persona interesada, respetando su autonomía y voluntad.

De esta forma, concluye el Comité, que la privación de la libertad de las personas con discapacidad en instituciones de salud mental derivado de una deficiencia real o percibida o por problemas de salud, conlleva la privación de su capacidad jurídica y por ende una violación del artículo 12 de la Convención DPD.

En la parte final de sus Directrices, el CDPD se pronunció sobre las medidas de seguridad que se imponen a las personas con discapacidad que han sido declaradas inimputables por “enajenación mental” o incapacidad y recomendó a los Estados la eliminación de dichas medidas, incluidas aquellas que entrañen un tratamiento médico y psiquiátrico forzoso en instituciones; sobre todo respecto de aquellas medidas de seguridad que conllevan la privación de la libertad indefinida y la ausencia de garantías regulares en el sistema de justicia penal (p. 20).

Por ello, termina diciendo el CDPD, que la privación de la libertad en los procesos penales solo debe aplicarse como último recurso y solo cuando otros programas alternativos, incluida la justicia restaurativa, no han sido suficientes para desalentar la comisión de delitos futuros. Los programas de remisión, por ejemplo, no deben implicar una transferencia a centros de salud mental, ni exigir que la persona participe de los servicios de salud mental. Para ser acorde con la

Convención DPD, estos servicios deben proporcionarse sobre la base de un consentimiento libre e informado.

Como el propio Comité había señalado previamente (2000), su jurisprudencia relativa al artículo 14 incluye los siguientes elementos:

- a) Prohibición absoluta de recluir a una persona por su discapacidad.
- b) Eliminación de leyes relativas a la salud mental que autoricen la reclusión de personas con discapacidad basándose en el presunto peligro que representan para sí mismas o para terceros.
- c) Prohibición de reclusión de personas sin capacidad jurídica en los sistemas de justicia penal.
- d) Realización de ajustes razonables en establecimientos penitenciarios.

La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares en su artículo 28 prevé, por su parte, para los trabajadores migratorios y sus familiares el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en pie de igualdad con los nacionales del país de empleo¹¹.

En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

Ahora bien, si bien es cierto que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos no consagra el derecho a la salud, esto no ha sido impedimento para que el Comité de Derechos Humanos (CDH) se pronuncie sobre la salud mental y la

¹¹ Adoptada por la Asamblea General en su resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990, entrando en vigor el 1 de julio de 2003

hospitalización involuntaria en su interpretación sobre el derecho a la vida y el derecho a la libertad y seguridad personales.

En su observación general número 35 (2014), el CDH instó a los Estados a revisar las leyes y prácticas anticuadas en el ámbito de la salud mental con el fin de evitar la reclusión arbitraria; poniendo de relieve el daño inherente de cualquier privación de libertad y los daños concretos que pueden dar lugar las situaciones de hospitalización involuntaria.

Como parte de sus obligaciones de garantizar la libertad y la seguridad personales, el CDH mandata a los Estados a proporcionar servicios comunitarios o servicios sociales alternativos para las personas con discapacidad psicosocial. Esto con el fin de ofrecer alternativas al confinamiento que sean menos restrictivas. En este sentido, el Comité DH indicó que la existencia de una discapacidad no justificaría por sí sola la privación de la libertad; reiterando que toda privación de la libertad deberá ser necesaria y proporcional, con el propósito de impedir que el interesado se haga daño o cause lesiones a terceros.

Con el fin de proteger eficazmente el derecho a la vida de las mujeres y las niñas contra los riesgos para la salud mental y física asociado con los abortos practicados en condiciones de riesgo; el CDH (observación general núm. 36, 2019) establece que los Estados deben garantizar el acceso de mujeres y hombres, especialmente de niñas y niños, a información y educación de calidad. Esta debe estar basada en datos empíricos en materia de salud sexual y reproductiva, así como a una amplia gama de métodos anticonceptivos asequibles y prevenir la estigmatización de las mujeres y niñas que recurran al aborto.

Algunos de los comités mencionados han realizado observaciones sobre la salud mental respecto al cumplimiento de los tratados que supervisan en el caso de México. Por ejemplo, el CDN en sus observaciones finales sobre el país (2015) recomendó adoptar medidas para ofrecer un acceso de calidad a servicios de salud mental para poner fin a la prevalencia de los suicidios y la depresión entre los adolescentes.

El Comité contra la Tortura, por su parte, mostró su preocupación respecto al país por la aparente ausencia de actividades de supervisión del Mecanismo nacional de prevención en instituciones psiquiátricas y otros establecimientos de salud mental. Así, recomendó que se garanticen los recursos suficientes y el personal cualificado al mecanismo que se necesario para desempeñar su labor con eficacia en todo tipo de lugares de privación de la libertad (2017).

Recientemente el CDPD mostró su preocupación por las graves restricciones que sufren las personas con discapacidad en el acceso a la atención de la salud, incluidos los servicios de salud mental. El CDPD también mostró su inquietud por las excepciones legales existentes al consentimiento libre e informado para las intervenciones médicas y las informaciones que recibió respecto al incumplimiento del requisito de consentimientos libres e informados en relación con las personas con discapacidad. Por ello, recomendó al Estado mexicano que elimine las excepciones legales al requisito del consentimiento libre e informado de todas las personas con discapacidad para las intervenciones médicas (incluidas la hospitalización) y que garantice el cumplimiento del requisito del consentimiento libre e informado con respecto de todas las personas con discapacidad.

III. REFERENCIAS

Comité contra la Tortura. (2019). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de México* (CAT/C/MEX/CO/7). Naciones Unidas.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general núm. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (E/C.12/2000/4). Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño. (2003). *Observación general núm. 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño* (CRC/GC/2003/4). Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación general núm. 15: El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)* (CRC/GC/15). Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño. (2015). *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de México* (CRC/C/MEX/CO/4-5). Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño. (2021). *Observación general núm. 25: Los derechos de los niños en relación con el entorno digital* (CRC/GC/25). Naciones Unidas.

Comité de Derechos Humanos. (2014). *Observación general núm. 35 Artículo 9 (Libertad y seguridad personales)* (CCPR/C/GC/35). Naciones Unidas.

Comité de Derechos Humanos. (2019). *Observación general núm. 36 Artículo 6: derecho a la vida.* (CCPR/C/GC/36). Naciones Unidas.

Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1999). *Recomendación general núm. 24: Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud.* Naciones Unidas.

Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2016). *Recomendación general núm. 34 sobre los derechos de las mujeres rurales* (CEDAW/C/GC/34). Naciones Unidas.

Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2017). *Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19* (CEDAW/C/GC/35). Naciones Unidas.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). *Observación general núm. 1: Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley* (CRPD/C/GC/1). Naciones Unidas.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2017). *Observación general núm. 5: El derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad* (CRPD/C/GC/5). Naciones Unidas.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2018). *Observación general núm. 6: La igualdad y la no discriminación* (CRPD/C/GC/6). Naciones Unidas.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). *Declaración acerca del artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Naciones Unidas.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2019). *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad.* Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos.*

Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.*

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.*

Naciones Unidas. (1990). *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares.*

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.*

GESTIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SERVICIO PROFESIONAL CONTABLE

Hortensia Sierra Mancera¹

Víctor M. Castaño²

RESUMEN

Este capítulo presenta un diagnóstico clínico y psicológico sobre la salud mental de los migrantes. Examina las causas y el origen de los conflictos éticos y morales derivados de la migración indocumentada hacia Estados Unidos, así como sus consecuencias e impacto bioético en las comunidades de origen. Además, analiza la influencia de estos factores en la toma de decisiones de quienes optan por migrar.

Palabras clave: diagnóstico clínico y psicológico, impacto bioético, migración indocumentada, problemas éticos, servicio profesional contable

ABSTRACT

This chapter presents a clinical and psychological diagnosis of migrants' mental health. It examines the causes and origins of the ethical and moral conflicts arising from undocumented migration to the United States, as well as its consequences and

¹ Licenciatura en Comunicación Visual, Especialidad en Fotografía. Chemeketa, Salem Oregon, EUA. Actualmente Realizadora y Productora independiente Realizadora de la serie de Televisión: "Recuperando México" con la temática de Migración. Producción y Realización de Video Documentales, para la Televisión Cultural Mexicana, TEVE UNAM, México D.F., TV 13 de Mérida Yucatán, CORTV Oaxaca, Comunicación y Dialogo, COCODI TV Oaxaca. Docente del idioma Ingles en la Facultad de Contabilidad y Facultad de Ingeniería Agroindustrial Campus Amazcala, de la Universidad Autónoma de Querétaro UAQ. Documentación en Video y Fotografía Digital: Proyecto "Plataforma SUPAUAQ, Memoria del SUPAUAQ" para el Archivo, Transmisión y Difusión de El Sindicato Único del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Querétaro (SUPAUAQ) 2022

² Ingeniero físico por la Universidad Iberoamericana (1983), maestro (1984) y doctor (1985) en ciencias (Física) por la Facultad de Ciencias de la U.N.A.M. Estancia postdoctoral en el IBM Thomas J. Watson, Research Center, en Nueva York. Profesor de asignatura en la Universidad Nacional Autónoma de México (Facultades de Química, de Ciencias, de Ingeniería y de Odontología), la Universidad Autónoma de Querétaro (Facultades de Ingeniería, de Medicina, de Contaduría y Administración, de Psicología y de Derecho), la Universidad Autónoma de Nuevo León (Facultad de Ciencias Físico-Matemáticas), la Universidad Iberoamericana, el Instituto Tecnológico de Querétaro, etc. Director fundador del Centro de Física Aplicada y Tecnología Avanzada de la UNAM en Juriquilla, Querétaro (2002-2010). Sistema Nacional de Investigadores, nivel III (desde 1994) Catedrático Universitario en 2001.

bioethical impact on the communities of origin. Additionally, it analyzes how these factors influence the decision-making process of those who choose to migrate.

Keywords: clinical and psychological diagnosis, undocumented migration, bioethical impact, ethical problems, professional accounting service.

I. INTRODUCCIÓN

La migración en México es un fenómeno estrechamente vinculado con su situación geográfica. El país es un territorio de tránsito, destino y retorno migratorio debido a su proximidad con los Estados Unidos a lo largo de toda su frontera norte. Según el Instituto de los Mexicanos en el Exterior, en 2022 11,913,989 mexicanos residen fuera del país, de los cuales el 97.79 % reside en los Estados Unidos de América. En 2007, se estimaba que 11.8 millones de migrantes residían sin autorización en ese país, de los cuales 6.9 millones eran de origen mexicano. Para finales de 2009, tras dos años de crisis económica y una tasa de desempleo del 10 %, el impacto sobre la población migrante fue inmediato, pues en 2010 la cifra de personas en situación migratoria irregular se estimó en 10.7 millones, de los cuales 6.6 millones habían nacido en México.

En la frontera norte, el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos ejerce un control riguroso sobre los flujos migratorios. Por otro lado, en la frontera sur de México, el crimen organizado y algunos funcionarios corruptos buscan lucrar con la vulnerabilidad de los migrantes. El acoso de la delincuencia organizada hacia esta población se manifiesta en robos, violaciones, extorsiones, secuestros y asesinatos. Sin embargo, debido a la naturaleza clandestina de estos crímenes y a la condición de extrema vulnerabilidad de las víctimas, su magnitud resulta difícil de cuantificar. En muchos casos, los migrantes, resignados, continúan su trayecto o huyen a toda costa (Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 2020, Nota Técnica). Analiza las causas y el origen de los problemas éticos y morales derivados de la migración indocumentada hacia los Estados Unidos de América, así como sus consecuencias e impacto bioético en las comunidades de origen.

Asimismo, examina la influencia de estos factores en la toma de decisiones de quienes optan por migrar. En el marco de la serie de Migración “Recuperando México”, coproducida con TV UNAM, se realizó un capítulo titulado *Un estilo de vida: ¿vas o no vas?*, el cual aborda la autonomía de cada migrante en la toma de decisiones personales (Sierra Mancera, 2016).

Por ejemplo, en la comunidad de Las Taponas, Humilpan, los hombres migran de manera indocumentada, en muchos casos desde los 13 años, aunque también lo hacen en la edad adulta. La migración masculina, especialmente hacia Texas, se ha convertido en una tradición, lo que genera diversas problemáticas éticas. En numerosos casos, los padres de familia abandonan a sus hogares, dejando la crianza de sus hijos en manos de sus esposas y abuelas. (Gilligan, C., 1974).

Al respecto, en la Figura 1, se muestra la población emigrante de Querétaro.

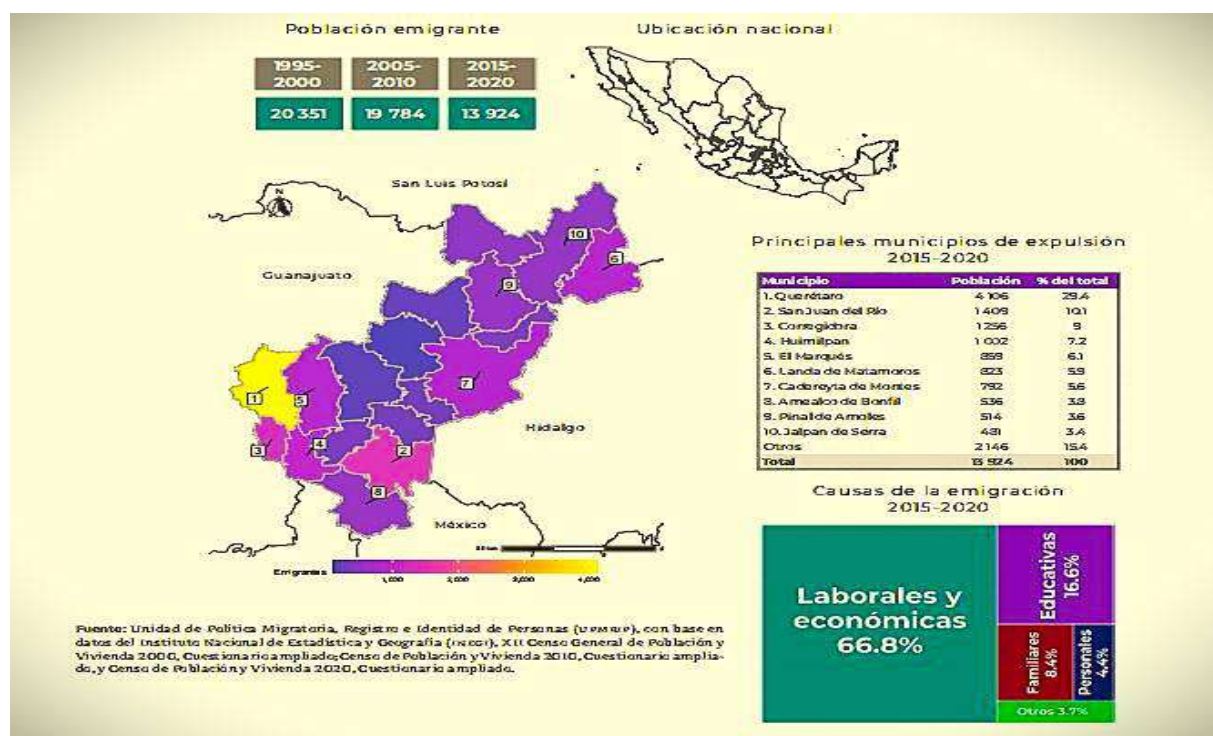


Figura 1. Población Emigrante de Querétaro según causas y lugares de expulsión, 2015-2020, y Serie Histórica 1995-2000, 2005-2010 y 2015-2020 fuente. INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Cuando el padre migra, su ausencia provoca la pérdida de la figura paterna en el núcleo familiar. En consecuencia, la madre asume un doble rol, lo que puede generar afectaciones tanto en la salud mental como en la salud física de todos los

miembros de la familia. Aunque los padres envíen remesas para mejorar la calidad de vida de sus seres queridos, estos problemas éticos contribuyen a la desintegración familiar y afectan la salud integral tanto de los migrantes como de quienes permanecen en sus comunidades de origen. En la Tabla 1, se presentan las etapas de migración internacional en Huimilpan.

Tabla 1.

Etapas de la migración internacional en Huimilpan

Etapas de la migración internacional en Huimilpan		
Etapas	Fecha	Descripción
1ra.	1942-1964	Programa Bracero: la migración fue masculina y temporal, y representó una solución a la escasa posibilidad de ingresos de las familias en el lugar de origen.
2da.	Década de 1980	Migración por contrato: las diferencias salariales marcaban pautas en la decisión de migrar para solucionar problemas de vivienda y transporte, entre otros.
3ra.	Década de 1980	Crisis en el país de origen: había crisis en el campo y de empleo, por lo que la migración constituía una solución para la supervivencia individual y familiar. Hubo migración de jóvenes menores de 20 años, con o sin contrato.

Fuente: elaboración propia con base en Osornio (2010).

En el trayecto de la migración indocumentada, los migrantes se enfrentan a muchos riesgos que amenazan su integridad, su salud mental y, finalmente, su salud integral. Esto no sólo los afecta a ellos, sino que tiene consecuencias en la salud de sus familias y en su comunidad también.

La migración afecta la salud mental, física, emocional y espiritual tanto de los migrantes como de sus comunidades de origen. La afectación mental se refiere a los procesos cognitivos y emocionales que experimenta una persona al tomar decisiones sobre cómo, cuándo, por qué, con quién, dónde y con qué costos migrar. La incertidumbre y las contradicciones que surgen en este proceso pueden generar un desgaste psicológico significativo, derivando en trastornos como ansiedad, angustia, confusión y depresión. Estos problemas pueden aparecer incluso antes

de que la migración ocurra, debido a la incertidumbre sobre el futuro y las posibles consecuencias que enfrentarán tanto el migrante como su familia. Además, la información proporcionada por otros migrantes o redes de apoyo, como familiares y amigos que han vivido la experiencia de la migración indocumentada, influye en la toma de decisiones y en el estado emocional de la persona.

En este sentido, el desgaste mental previo a la migración puede ser intenso. Por otro lado, la afectación física hace referencia a que el cúmulo de pensamientos y emociones negativas, como la ansiedad, la angustia, la confusión y la depresión, puede provocar un desgaste emocional que, a su vez, impacta en la salud física. La disminución de las defensas del sistema inmunológico expone al cuerpo a diversas enfermedades y aumenta la vulnerabilidad ante virus y bacterias.

En tercer lugar, la afectación espiritual ocurre por el desgaste emocional, mental y físico que sufren tanto los migrantes como sus familias. Las experiencias vividas en el proceso migratorio impactan la estabilidad emocional y, en consecuencia, generan afecciones físicas.

En el documental *Migración oaxaqueña, Vas o no vas*, se aborda este tema desde la perspectiva del estilo de vida en las comunidades de origen. En estos entornos rurales, las personas pueden acceder a alimentos más saludables, con menor cantidad de químicos, y a una mejor calidad del aire. En contraste, en Estados Unidos, la cultura de consumo promueve un modelo basado en la adquisición de bienes materiales, como vehículos de última generación, así como el consumo de alimentos ultra procesados, sin advertir sobre las repercusiones negativas en la salud y la economía de los migrantes, quienes muchas veces desconocen los costos a largo plazo de sus decisiones de compra.

Desde una perspectiva bioética, la migración, tanto documentada como indocumentada, conlleva conflictos éticos y morales derivados del choque cultural que experimentan los migrantes al establecerse en sociedades con valores, costumbres y normas diferentes a las de sus comunidades de origen. Muchas

veces, la migración no es una elección libre, sino una necesidad impuesta por factores estructurales como la desigualdad, la marginación social, la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a bienes culturales, educación, salud y un trabajo digno.

La falta de recursos económicos para el sostenimiento de la familia es uno de los principales factores que impulsan la migración hacia los Estados Unidos.

Sin embargo, este proceso implica dejar atrás a sus seres queridos, su hogar, cultura, amigos, creencias, costumbres y tradiciones, lo que genera confusión y conflictos morales y religiosos, especialmente en comunidades mayoritariamente católicas.

Según Manuel H. Ruiz de Chávez, del Comité de Bioética, la bioética de la migración debe fundamentarse en los derechos humanos, el principio de la salud y el principio de la dignidad humana. La bioética promueve el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas, además de la garantía del acceso a la salud para los migrantes. (Ruiz de Chávez, M. H. (2013).

Los migrantes, en su proceso de desplazamiento, enfrentan el dilema bioético de abandonar todo aquello que conforma su identidad. Un aspecto relevante dentro de la salud mental es el choque cultural que experimentan en el nuevo contexto, lo que puede generar crisis de identidad y afectar su bienestar psicológico (Sierra Mancera, 2010).

En las Figuras 2 y 3 se muestran algunas de las experiencias que atraviesan las personas migrantes.



Figura 2. Caminando por el Desierto de Arizona Fuente: TV UNAM



Figura 3. Migrantes con sus posesiones en bolsas. Fuente: TV UNAM

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo investigar y analizar las causas y el origen de los problemas éticos que surgen a partir del fenómeno de la migración indocumentada hacia los Estados Unidos. A partir de este análisis, se busca proponer estrategias para la gestión de la salud mental en el ámbito del servicio profesional contable, mediante un diagnóstico clínico y psicológico que evalúe el estado mental tanto de los migrantes como de quienes permanecen en sus comunidades de origen. Asimismo, se examinarán las consecuencias y el impacto bioético de estos procesos en la toma de decisiones relacionadas con la migración.

II. METODOLOGÍA

Este estudio sobre la salud mental de los migrantes se desarrolla bajo el lema “Tu salud integral es primero”, el cual enfatiza la importancia de la congruencia entre pensamiento, emoción y acción en la experiencia migratoria. La investigación se fundamenta en un enfoque cualitativo y de estudio de caso, centrado en la comunidad de Taponas, municipio de Huimilpan, Querétaro.

Se adopta una perspectiva casuística, tal como lo plantean Hall y Arellano (2012), para analizar la toma de decisiones y las experiencias individuales de los migrantes. Este enfoque permite examinar cada caso de manera particular, reconociendo que la experiencia migratoria es única para cada persona, a pesar de compartir un destino común.

El estudio se basa en entrevistas semiestructuradas realizadas a actores clave de la comunidad, incluyendo a la delegada de Taponas, su asistente y migrantes que han realizado el trayecto hacia Estados Unidos. A través del análisis de sus testimonios, se exploran los factores que inciden en la toma de decisiones migratorias, las dificultades enfrentadas durante el trayecto y las condiciones de vida en el lugar de destino.



Figura 4. Migrantes saliendo de su lugar de origen, hacia EUA. Fuente: TV UNAM

Testimonios

Verónica Soto Asistente de la Delegada de Taponas, Huimilpan, Querétaro.

“Cada persona tiene una experiencia diferente en su trayectoria de viaje de su migración indocumentada.”

Entrevista realizada por Hortensia Sierra Mancera (16-9-2023).

Como dijo Arturito: “Yo no vuelvo a venirme a Taponas mami, pues es una experiencia de la que no tienes idea, me toco pasar fríos, hambre, perdí mis cosas mi ropa mi chamarra, Yo si quería echarme la jalada en el monte, pero no es cómo te lo cuentan. O sea te venden una versión de... mira no vamos a caminar mucho, que esto que lo otro, pero la verdad es que la experiencia es otra”.

Arturito se encuentra actualmente en Estados Unidos y ha manifestado que no planea regresar en los próximos tres o cuatro años debido a las dificultades que enfrentó durante su trayecto. Arturito dijo que cuando llegas a Estados Unidos que si no trabajas..., no comes y no tienes para pagar en donde vivir.

Y así es una versión de uno y otra versión de otro, y cada uno tiene una experiencia diferente, aunque digan que todos van a lo mismo.

Mi niña me dice: “yo quiero ser artista” porque le gusta dibujar, pero dice ella que cree nunca va a poder serlo y le pregunte porque, y me dijo: “es que yo no soy tan buena para dibujar como tu mami”, y entonces yo le digo: es que no es eso Lince, y si tú sigues diciendo no puedo no puedo, pues nunca vas a poder ser, tu hija debes decir, ¡yo puedo con eso y más!, y no cerrarte a eso nomas.

Verónica Soto asistente de la Delegada de Taponas, Huimilpan Querétaro

(1-10-2023): “Se presentan muchos casos de obesidad infantil y juvenil aquí en Taponas”. *Entrevista realizada por Hortensia Sierra Mancera (1-10-2023).*

Pues ahorita con las malas alimentaciones que tienen los niños, se presentan muchos casos de obesidad infantil y juvenil. Si, la verdad necesitamos de un nutriólogo, porque muchas personas no tienen la facilidad económica para llevarlos a que los estén checando, para que estén bajando de peso. Eso sí se está

presentando mucho y lo hemos visto con muchos niños de aquí, principalmente jóvenes y adultos también.

Se requiere de una educación sobre los alimentos, en lugar de beber un refresco que contiene grandes cantidades de azúcar refinada mala para la salud, beberse un agua de limón o de cualquier fruta endulzada con mascabado o al menos azúcar morena y en pequeñas cantidades. Les recomiendo una educación alimentaria a través de las madres, que son las que están en casa para que enseñen a sus hijos a tener como alternativas de bebidas y alimentos, tales como, en lugar de refrescos, aguas de frutas con poca azúcar, en lugar de churros, papitas y demás, comer frutas. Pues hay gran variedad de frutas naturales en esta región.

Delegada de Taponas, Municipio de Huimilpan, Querétaro Gloria Vega

“También personas sabias han sido nuestras madres y abuelas, ellas nos enseñaron a curarnos y a prevenir las enfermedades con las diferentes plantas y remedios caseros con la herbolaria”

Entrevista realizada por Hortensia Sierra Mancera (1-10-2023)

Decían que, porque la gente clasificaba a la clase media, la clase baja y la clase alta de las personas, y luego hicieron unos estudios de esas encuestas y dijeron, bueno si le quitamos el dinero a los ricos y lo repartimos entre los pobres y que tengan lo mismo todos que sean parejos que no exista las clases baja, media y alta. Los pobres, no tienen, y cuando tienen lo gastan a manos llenas. Los de clase media a lo mejor se la sobrellevan, pero los ricos, así como ya no tienen, van a volver a tener porque no es el dinero, es la mentalidad de la persona, es la mente, lo que tu creas es lo que va a ser, eso dijo también el padre Manuel que es muy sabio.

También personas sabias han sido nuestras madres y abuelas, ellas nos enseñaron a curarnos con las diferentes plantas y remedios caseros con la herbolaria, mi abuela me enseñó hacer shampoo, jabones, pasta de dientes y todo natural, por lo menos para usarlo uno y ya no comprar, y para nuestra salud.

Cuando vienen los migrantes a visitar a sus familias

No es tanto lo de que si compran una camioneta última modelo, sino que el que no tiene una camioneta, no puede trabajar, la persona que no tiene en que moverse, tener un carro ya es una necesidad. Cuando vienen los migrantes a visitar a sus familias, traen sus camionetas y pasan como 30 veces por el mismo lugar, muestran lo que han obtenido por parte de su trabajo, y también pasean a las muchachas, pues es como todo. A nosotras las mamás, lo que nos queda, es de prevenirlos, decirles que es lo que les hará mal, yo, ya pase por todo eso.

Yo crie a 10 hijos, y haya sido como haya sido, ya batallé mucho. Por ejemplo, yo no tomo bebidas alcohólicas delante de ellos, pero si me tomo un mezcal, porque mi mamá siempre compraba su mezcal, porque decía que es un remedio, si usted lo usa como remedio, no le hace borrachera, pero todo en exceso es malo.

Otro taller que se puede impartir para la contribución a la salud del migrante y la comunidad es a través de una manifestación artística, como lo es el dibujo relacionado con la naturaleza. Un ejemplo de esto es la herbolaria, específicamente en cuanto a las plantas endémicas del lugar que tienen propiedades medicinales, como la manzanilla, que contiene propiedades antiinflamatorias y relajantes, y que ayuda a la digestión, a los padecimientos gástricos, así como también al insomnio y la ansiedad, causadas por el estrés y la mala alimentación (Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera, 2023).

La Herbolaria y la producción y manufactura de aceites, ungüentos, jabones cremas, remedios caseros, puede ser una alternativa para el uso personal de las familias como medicina preventiva, ya que las abuelas han dejado su legado de enseñanzas a sus hijos y nietos, como lo han declarado en las entrevistas citadas aquí en este ensayo.

Parte de la Salud Integral del migrante es la parte de la salud espiritual

El proyecto audiovisual para documentar a San Toribio, Patrono de los migrantes en Taponas, Huimilpan, tiene como objetivo vincular y acercar a los migrantes que residen en Estados Unidos con sus familias y la comunidad de Taponas. Esto

responde al profundo sentimiento de nostalgia que experimentan los migrantes por su tierra, sus tradiciones, su familia y todo lo que dejaron atrás al emigrar.

Este proyecto ya cuenta con la construcción de un altar y una pequeña capilla en la cima de un cerro cercano, accesible mediante una caminata de 25 minutos o por medio de cuatrimotor o camioneta 4X4. Dichas obras fueron posibles gracias a la colaboración de la Universidad Anáhuac de Querétaro, y son supervisadas por el sacerdote Manuel, quien también es el fundador de lo que se ha edificado en ese lugar. Además, estas construcciones han sido financiadas con donaciones de migrantes que residen en Estados Unidos.

Los migrantes documentados que regresan a visitar a sus familias durante las festividades navideñas y otras fechas señaladas también acuden a la capilla de su Santo Patrono, San Toribio, donde se toman fotografías como recuerdo y testimonio de su visita a su lugar de origen y para rendir agradecimientos. Asimismo, se ha erigido una figura de San Miguel Arcángel, Patrono Protector de los migrantes en el municipio de Huimilpan, construida completamente de cantera.

III. RESULTADOS

Los resultados que arrojen la Realización de este análisis “Gestión de la Salud Mental en el servicio profesional contable”, contribuirá y aportará al debate abierto para la posible formulación y generación de una Política Pública Estatal y Municipal, para que en el Sector Salud, tanto en las Clínicas, Hospitales, Centros de Salud, se añada la salud mental, cuidados y atención sanitaria al migrante, a través de terapias, talleres e información general sobre temas relacionados con la migración en general y especialmente en el Municipio de Huimilpan, Querétaro, temas de migración indocumentada y documentada hacia los Estados Unidos.

En el documental sobre migración que realicé, Migración Oaxaqueña, ¿Vas o no vas?, se aborda este fenómeno desde la perspectiva de un estilo de vida en el ámbito rural. En dicho contexto, los habitantes tienen acceso a una alimentación

más saludable, ya que los productos agrícolas contienen una menor cantidad de químicos, además de disfrutar de una mejor calidad del aire. En contraste, en Estados Unidos prevalece una cultura de consumo que promueve el materialismo, incentivando la adquisición de bienes como camionetas de último modelo o la preferencia por alimentos ultra procesados, como las hamburguesas. No obstante, rara vez se informa sobre las repercusiones negativas de estas prácticas, tanto en la salud de los individuos como en su estabilidad económica, considerando los costos, plazos e intereses asociados a las compras a crédito.

El proceso de toma de decisiones en torno a la migración, fundamentado en la autonomía del individuo, ya sea de manera documentada o indocumentada, genera conflictos éticos e identitarios, particularmente en relación con su fe católica y sus creencias. Estos conflictos pueden derivar en afectaciones tanto espirituales como físicas, e incluso en consecuencias fatales, dado que la migración indocumentada conlleva riesgos significativos para la vida, la integridad física, mental y espiritual de los migrantes. Asimismo, aunque los migrantes han adoptado Santos Patronos y Protectores de la migración como fuente de amparo y guía, estos también pueden representar un símbolo de castigo y culpa, en la medida en que perciban que su decisión contradice los preceptos de la Iglesia. En este sentido, el dilema se intensifica al confrontar el deber de preservar la vida y el bienestar propio y ajeno con la necesidad de emigrar en busca de mejores condiciones de vida.

Los migrantes, en su proceso de desplazamiento, dejan atrás múltiples aspectos fundamentales de su vida, lo que plantea un problema de índole bioética. Asimismo, uno de los principales desafíos en términos de salud mental es el choque cultural al que se enfrentan, el cual incide directamente en la construcción y redefinición de su identidad (Sierra Mancera, 2016).



Figura 5. Manifestaciones migrantes San. Francisco California, EUA. Fuente: Hortensia Sierra Mancera

IV. CONCLUSIONES

Es necesario informar y tomar conciencia de que cada caso del migrante es distinto aun cuando se desarrolle en el mismo contexto, inclusive con gente que ya conocen y que confían en lo que les informan.

Es importante describir y reconocer la función real e inmediata de las redes de familiares y amigos que han construido los migrantes y sus comunidades a través de la historia y actualidad de sus experiencias de migración indocumentada hacia los Estados Unidos.

Los migrantes tienen la oportunidad y el derecho legal y humano de la información, preparación, apoyo, atención sanitaria y cuidados de su salud mental e integral, así como el de sus familias y comunidad.

Los migrantes tienen la oportunidad de elegir y equiparar mejores opciones y alternativas de cómo invertir mejor su tiempo y dinero, dinero que pagan por migrar de forma indocumentada tal vez hasta más de un año para pagarle al pollero y a los que los extorsionan para cruzar la frontera norte.

Por ejemplo, invertir un año de preparación en los oficios que decidan laborar en Estados Unidos o en el aprendizaje del idioma inglés, y al mismo tiempo investigar en internet sobre lugares de empleo y oficios en los que se soliciten trabajadores en ese país. Esto permitiría migrar de forma segura y con un pago digno asegurado. Asimismo, es fundamental garantizar un viaje seguro, ya que, si se realiza de manera indocumentada, puede implicar riesgos mortales o daños en la salud mental que sean irreversibles y/o difíciles de superar (Sierra Mancera, 2016).



Figura 5. migrantes cruzando el Rio Suchiate. fuente. **TV UNAM**



Figura 6. Cruces de migrantes fallecidos en playas de Tijuana. Fuente. **TV UNAM**

En la actualidad, (2025) Estados Unidos enfrenta una crisis de escasez de trabajadores en diversos sectores laborales, lo que podría generar una mayor demanda de mano de obra mexicana de manera documentada y legal. Este contexto podría representar una oportunidad para aquellas personas que desean migrar temporalmente con el propósito de integrarse al mercado laboral en el norte y, posteriormente, regresar a sus comunidades de origen con ingresos en dólares. Dichos recursos podrían contribuir a la mejora de su bienestar, el de sus familias y sus expectativas de vida.

La materialización de estas ideas a través de talleres y conferencias ha generado un impacto positivo en la comunidad y en la población migrante, promoviendo el bienestar integral y la formación de individuos con hábitos más saludables.

Estas iniciativas contribuyen a la mejora de la calidad de vida al fomentar prácticas que favorecen la salud física, mental y emocional, así como la prevención del consumo de sustancias nocivas, como el alcohol y las drogas, y la adopción de una alimentación equilibrada. Además, estas acciones permiten a los participantes conocer, valorar y aprovechar la riqueza endémica de sus lugares de origen, así como los múltiples beneficios que estos entornos ofrecen, rescatando y preservando saberes ancestrales en favor del desarrollo sostenible y comunitario.

Los talleres terapias e información en general sobre la migración indocumentada, su ruta geográfica y política, lo que encuentran y se enfrentan a cada paso que dan, por ejemplo, encontrarse con la delincuencia organizada, robos, extorsiones, secuestros, asaltos y toda clase de abusos y faltas de respeto hacia los derechos humanos y su dignidad.

Este análisis permitirá la gestión de la salud mental en el ámbito del servicio profesional contable, facilitando la posible formulación y regulación de una política pública orientada a la atención sanitaria y al cuidado de la salud mental de la población migrante. Dicha iniciativa tendrá una relevancia significativa en términos de impacto bioético, ya que contribuirá a la mejora de la calidad de vida,

la adaptación y el bienestar integral tanto de los migrantes como de quienes permanecen en sus comunidades de origen.

Asimismo, este estudio proporcionará información sobre alternativas legales y documentadas para la migración laboral hacia Estados Unidos, permitiendo que quienes opten por emigrar en busca de mejores oportunidades salariales y condiciones de empleo puedan hacerlo de manera informada y segura.

Esto no solo beneficiará su desarrollo personal y profesional, sino que también posibilitará su eventual retorno con recursos y conocimientos que puedan contribuir al bienestar de sus familias, sus comunidades de origen y, en un sentido más amplio, al desarrollo socioeconómico de México.

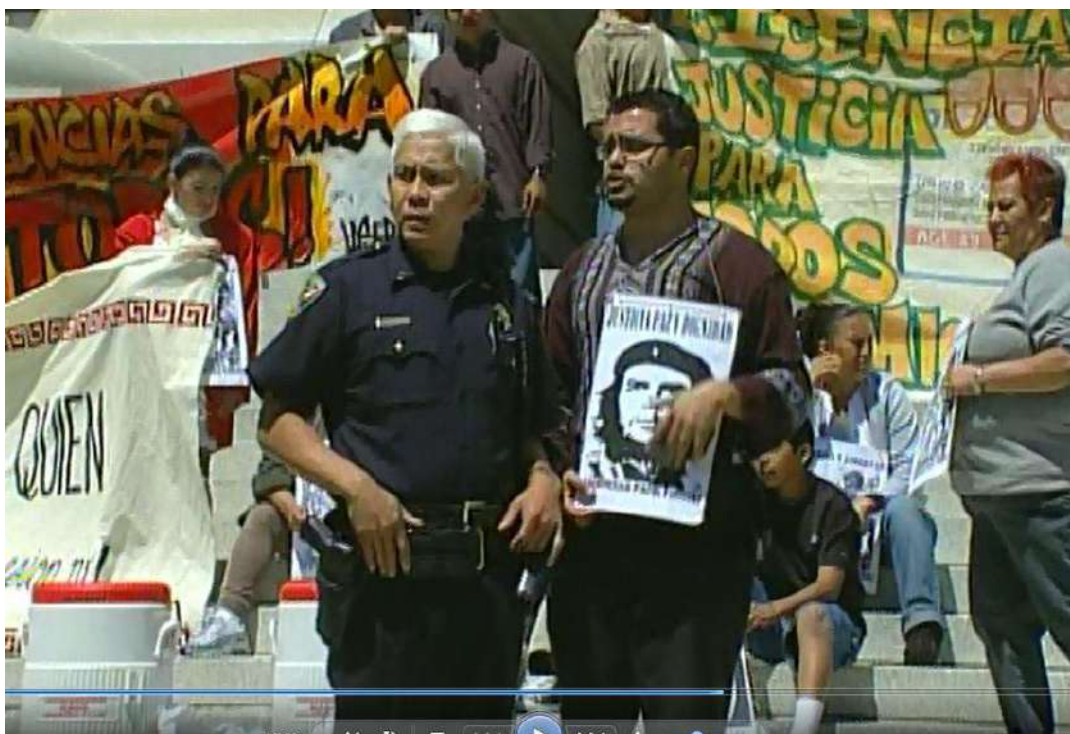


Figura 8. José Luis Pavón, integrante de Jóvenes por un Cambio, San Francisco, California, EE. UU.

Fuente. Florencia Alemán. *“Un migrante que cuenta con una formación integral, ya sea a través de un oficio o una profesión, posee las herramientas necesarias para defender y exigir el reconocimiento de sus derechos humanos, así como para garantizar un trato digno y una remuneración justa por su trabajo.”*

(1: **Chávez**, César. Sindicato Unión de Campesinos (1962).



Figura 7. Candidato Hispano a la alcaldía de San Francisco California, EUA. Fuente. Florencia Alemán

Referencias

- **Libro:**

Gilligan, C. (1986). *Una voz diferente: Ética femenina del cuidado*. Flammarion.

- **Capítulo de libro:**

Hall, R. T., & Arellano, J. S. (2013). La casuística: *Una metodología para la ética aplicada*. Editorial Fontamara y Universidad Autónoma de Querétaro.

- **Artículo de revista:**

Arias Román., & Urbiola Solís, A. E. (2019), Huimilpan, migración y familia transnacional. *Revista Nthe*, 29(julio)-octubre).

http://nthe.mx/NTHE_v2/pdfArticulos/PDF_Articulo20200721220448.pdf

- **Informe gubernamental:**

Secretaría de Relaciones Exteriores. (2020). *Nota técnica IMEyM* 2020.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685354/Nota_te_cnica_IMEyM_2020.pdf

- **Documento institucional:**

México 2014: sede mundial de la bioética: Bioética, migración y salud: aproximaciones, experiencias, aportaciones / pres. Manuel H. Ruíz de Chávez. (2013). *CONBIOÉTICA, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Organización Mundial de la Salud (OMS)*.

- **Fuente web gubernamental:**

Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera. (s.f.) *informe*. <https://www.gob.mx/siap>

- **Documentales:**

Sierra Mancera, H. (2010). *Recuperando México, Mosaico cultural* [Documental]. TV UNAM.

Sierra Mancera, H. (2016). *Migración Oaxaqueña, ¿Vas o no vas?* [Documental]. TV UNAM.

- **Fuente enciclopédica**

Chávez, C. (1962). Líder campesino y activista de los derechos civiles estadounidense. *Sindicato Unión de Campesinos*. Wikipedia.

LA LEGISLACIÓN ADMINISTRATIVA Y LA SALUD MENTAL

Nohemí Bello Gallardo¹

Gerardo Alan Díaz Nieto²

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad revisar el marco jurídico administrativo de la salud mental, la forma en que la actividad administrativa e institucional del Estado pretende cumplir los fines constitucionales, para garantizar el acceso especializado en salud mental. Es una deuda pendiente en la agenda política, se realizaron cambios legislativos, el gran reto es la instrumentación de políticas públicas y presupuestarias, necesarias para el cumplimiento de la finalidad. La salud mental es fundamental para todos los seres humanos, disfrutar de una vida plena y satisfactoria, mejorando así el bienestar individual. La legislación administrativa en salud mental, debe garantizar los estándares de cercanía, oportunidad, calidad, seguridad, eficiencia y eficacia, para dar cumplimiento al Plan Nacional en el tema de Salud Mental, la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), tiene la función administrativa de vigilar el funcionamiento y la coordinación con dependencias y entidades del sector para el cumplimiento de la normatividad administrativa.

¹ Doctora en Derecho Público por la Universidad Veracruzana bajo el Programa Posgrado de calidad (CONAHCYT). Docente de tiempo completo en la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro, miembro del Sistema Nacional de investigadores desde el año 2009, integrante del núcleo Básico de los programas integrados de maestría y doctorado en ciencias jurídicas, perfil PROMEP. Representante del Cuerpo Académico Consolidado 128 “Derechos Humanos y Globalización”, nohemi.bello@uaq.mx. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6916-7816> Web of Science Researcher I:B-5097-2018

² Doctor en Derecho por la Universidad Autónoma de Querétaro. Profesor investigador de tiempo completo y colaborador del Cuerpo Académico Consolidado “Derechos Humanos y Globalización”, de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro; Perfil Deseable Prodep; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI I); correo: gadn84@hotmail.com.

Palabras clave: derecho humano, legislación administrativa, salud mental, salud pública.

ABSTRACT

The purpose of this work is to review the administrative legal framework of mental health, the way in which the administrative and institutional activity of the State aims to fulfill the constitutional purposes, to guarantee specialized access in mental health. It is a pending debt on the political agenda, legislative changes were made, the great challenge is the implementation of public and budgetary policies, necessary to fulfill the purpose. Mental health is fundamental for all human beings, enjoying a full and satisfying life, thus improving individual well-being. Administrative legislation on mental health must guarantee the standards of proximity, opportunity, quality, safety, efficiency and effectiveness, to comply with the National Plan on the subject of Mental Health, the Ministry of Health through the National Commission on Mental Health. and Addictions (CONASAMA), has the administrative function of monitoring the operation and coordination with agencies and entities of the sector for compliance with administrative regulations.

Keywords: human rights, administrative legislation, mental health, public health.

I. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como finalidad revisar la perspectiva de los derechos humanos en el marco jurídico administrativo de las reformas y adiciones que se realizaron el 16 de mayo de 2022, en la Ley General de Salud en la materia de salud mental, así como las acciones institucionales, estructurales y organizacionales en el tratamiento de la problemática. Los objetivos de la presente investigación, se revisará el marco jurídico nacional relacionado con la salud mental, para determinar los cambios de paradigma del estado mexicano en el tema de salud mental y adicciones. En el trabajo se emplea la metodología del realismo jurídico con perspectiva de los derechos humanos, a partir de los fenómenos que están presentes en su objeto de estudio, dando lugar a un análisis jurídico a través del método inductivo-deductivo en sus dimensiones teórica, fáctica y normativa. Las

técnicas de investigación han sido documentales relacionado a la doctrina y ordenamientos jurídicos.

Para estudiar la legislación administrativa relacionada con la salud mental, fue necesario revisar el ordenamiento jurídico administrativo relacionado con la temática, las obligaciones del estado mexicano para garantizar de forma fehaciente la problemática de salud pública. En el análisis del ordenamiento nacional, se revisó específicamente la *Carta Magna* en su artículo 4, la *Ley General de Salud* principalmente en su apartado de salud mental y adicciones, el reglamento de la ley general de salud, decretos y acuerdos administrativos y normas oficiales mexicanas. Se realizó una revisión de las principales noticias, en torno al estado actual de la salud mental.

En la primera parte del capítulo, se aborda la función de la salud mental como derecho humano en el cumplimiento del respeto de la dignidad para lograr el bienestar, condición necesaria para el proyecto de vida de toda persona. En la segunda parte, se muestra los cambios medulares en la regulación administrativa en la salud mental. Respecto a la tercera parte, se advierte los retos de la administración pública, para lograr los objetivos institucionales en el nuevo paradigma del tratamiento a los problemas mentales. En la parte final, se presentan las conclusiones del capítulo, que advierte principalmente la importancia de los derechos humanos frente al tratamiento de los problemas de salud mental y las acciones necesarias para mejorar el bienestar de las personas, de manera prioritaria a los sectores más vulnerables.

II. LA SALUD MENTAL COMO DERECHO HUMANO

El derecho a la salud es un derecho humano, de gran lucha social establecido en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1948. En el caso de México, fue adherido en 1983 en el artículo 4º de la Carta magna. El artículo 4, en los párrafos cuarto y quinto, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. Esto en el entendido de que el derecho a la salud debe concebirse como un derecho al disfrute de toda una

gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

El derecho humano a la salud forma parte de los derechos económicos, sociales y culturales, el Estado tiene como obligación disminuir las brechas sociales, para facilitar el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo pleno del proyecto de vida. El derecho humano a la salud es un derecho fundamental para la convivencia social.

La salud de una persona comprende e integra aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En el derecho a la protección de la salud, el Estado, en cumplimiento al marco constitucional y legal, debe crear los mecanismos necesarios para asegurar el acceso a la salud en su sentido más amplio. El derecho a la salud no sólo obliga al sector público, de igual forma el sector privado se ve obligado al cumplimiento legal en el ámbito sanitario. La Constitución Mexicana lo establece de la siguiente manera:

Art. 1 “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

La salud mental con perspectiva de los derechos humanos, es necesaria para otorgar un servicio integro con dignidad, nuestro sistema constitucional obliga a una

visión pro persona en la tutela y construcción de la política pública. Las personas que sufren afectaciones en su salud mental se encuentran con un riesgo constante en la vulneración de su dignidad y derechos humanos. Se maximiza la violación en los grupos vulnerables como lo son niñas, niños y adolescentes, adultos mayores, indígenas, migrantes, personas que se encuentran en situación de calle.

Los instrumentos internacionales establecen estándares internacionales para la protección de las personas con trastornos mentales. La Carta Internacional de Derechos Humanos; la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, esta última tutela el respeto a la dignidad de las personas con afectaciones en su salud mental.

Desde luego, el goce de la salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Al respecto, apuntan Abramovich y Courtis (2001):

Pero la salud tiene una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, etcétera. La salud como un bien social solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención sanitaria adecuado (p. 17).

La atención de los servicios de salud mental no es proporcional a la necesidad de la población. El Estado tiene que generar las condiciones integrales para resolver y disuadir la problemática. La visión de la temática se encuentra ligada con el respeto de los derechos humanos de las personas que necesitan el acceso y asistencia en los servicios de salud mental. La manera de educar y socializar, romper estigmas sociales y erradicar la discriminación, son factores que favorecen un tratamiento oportuno en la salud mental. El modelo asilar en la atención psiquiátrica rompe con las perspectivas de dignidad y visión de derechos humanos.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo,

derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona. (Organización Mundial de Salud, 2022)

El desarrollo de la persona en el ámbito social es necesario e indispensable, no se puede aislar y el sentido de pertenencia es indispensable. En la política institucional se debe contar con los suficientes profesionales, establecimientos y medicamentos en la prestación del servicio de salud mental; la capacitación del personal en temas de los derechos humanos para evitar la discriminación, la falta de ética profesional, la vulneración de la confidencialidad, y no se violente el consentimiento informado:

Para comenzar el Estado mexicano debe garantizar que la protección de la salud sea parte de los principios transversales que sustentan una política pública con enfoque de derechos humanos. En este sentido destaca que la administración de los servicios de salud en México se caracterice por el descuido de los principios de máximo uso de recursos disponibles y de garantía del nivel mínimo del derecho, que guardan una estrecha relación con las obligaciones inmediatas y progresivas que sustentan la garantía de la calidad como parte del derecho a la protección de la salud (López et al, 2013, p. 12).

El derecho a la salud es un reclamo social, el discurso político señala promesas de mejorar el sistema de salud en nuestro país, siempre se encuentran pretextos para justificar los mínimos avances, la violación del derecho a la salud atenta contra la dignidad humana y el proyecto de vida de las personas. El Estado tiene la obligación directa en el respeto, promoción y garantizar el acceso al derecho a la salud mental.

México tiene relación con instrumentos internacionales en materia de salud mental, la Declaración de Caracas, restructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, para capacitar al personal relacionado con la salud mental, con perspectiva en el modelo comunitario para proteger la dignidad y los derechos humanos; los Principios de Brasilia, principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas, para modificar los hospitales psiquiátricos a modelos comunitarios de atención integral e interdisciplinario; y el consenso de Panamá política de eliminación de estigma y acceso universal para fortalecer la atención comunitaria de la salud mental.

Los retos que tiene la administración pública en el tema de salud mental, es brindar la atención necesaria, mediante el manejo interinstitucional con los tres niveles de gobierno y el sector privado. La construcción de políticas públicas de forma democrática con la participación de la sociedad y las esferas académicas, para eliminar los estigmas sociales que menosprecian la trascendencia de la problemática. La ciencia y la tecnología presentan soluciones para atender la enfermedad, pero no se tiene el acceso a toda la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como el estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

La persona en el desarrollo de su proyecto de vida enfrenta diversos retos y dificultades de índole económica, social y familiar, situaciones que afectan gradualmente la salud mental y en consecuencia el bienestar y su tranquilidad se ve comprometida, alterando su relación con el entorno y afectación en el desarrollo de su individualidad. Desafortunadamente el acceso a la atención, para contar con un diagnóstico oportuno y adecuado, es un privilegio para un sector económicamente prospero por el elevado costo en la atención. Algunos de los instrumentos internacionales relacionados con la salud mental:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos Art. 25 “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. (Naciones Unidas, 1948)
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre Art. 11 “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. (Organización de los Estados Americanos, 1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Art. 12 “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (Organización de los Estados Americanos, 1966)
- Convención sobre los Derechos del Niño Art. 24 “El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. (Naciones Unidas, 1990)
- Protocolo de San Salvador (Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales.) Establece lo siguiente en su artículo 10:

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; por lo que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados parte se comprometieron a reconocer la salud como un bien público y a adoptar medidas tendientes a garantizar este derecho (Organización de los Estados Americanos, 1988).

Los instrumentos internacionales establecen la dirección sobre las acciones en materia de salud mental, los países integrantes tienen el deber de ajustar su sistema jurídico y marco legislativo administrativo, con la finalidad de garantizar el bienestar físico, mental y social. La dignidad de la persona va relacionada con la salud mental. Es un derecho humano, se debe garantizar el acceso de forma primaria y gratuita. La persona es un sujeto ético con derechos y obligaciones. El reconocimiento de la

persona humana va más allá de su personalidad. Lo anterior debe realizarse sin distinción de condición económica, raza, religión y situación social.

III. REGULACIÓN ADMINISTRATIVA EN LA SALUD MENTAL

La legislación administrativa en el tema de la salud mental, es indispensable para determinar las obligaciones y los alcances jurídicos en materia de la política sanitaria, la obligación para la autoridad administrativa para cumplimentar su actividad. El 16 de mayo de 2022, se publicaron en el *Diario Oficial de la Federación* las modificaciones a la *Ley General de Salud*, específicamente en la materia de salud mental y adicciones. (Cámara de Diputados, 2022). En el presente capítulo se destacan los aspectos medulares de las adecuaciones legislativas con relación a la salud mental.

El consentimiento informado es trascendental en el derecho a la salud mental, la manifestación por escrito para autorizar diagnóstico o la voluntad para un tratamiento de salud. Es un derecho para el paciente y una obligación para personal de la salud, comunicar de forma veraz y completa la información sobre los beneficios y riesgos que se puedan tener en la práctica de algún tratamiento. El libre desarrollo a la personalidad se encuentra relacionada con aceptar o no un tratamiento, no se puede obligar a nada. El prestador de servicios de salud siempre preservará la vida y la salud, cuando no exista, la voluntad anticipada a través del documento respectivo, se dejará constancia en el expediente clínico se dará vista con informe justificado a los Comités de Ética y a la autoridad judicial competente. Es importante destacar que no exista algún vicio en el consentimiento como lo es el error o la inconciencia.

La salud mental debe ser atendida como una política prioritaria en las acciones gubernamentales desde una perspectiva de derechos humanos. Es obligación del Estado garantizar una cobertura universal, igualitaria y equitativa, sin ningún tipo de distinción. La dignidad de la persona es fundamental para su bienestar mental y su adecuada convivencia social. Lo anterior se ajusta a lo establecido en el artículo primero constitucional, en concordancia con la visión de los derechos humanos.

El enfoque comunitario representa una nueva forma de abordar la problemática de la salud mental desde una perspectiva colaborativa y participativa, basada en la empatía y la no discriminación, con el objetivo de lograr una recuperación integral. Este enfoque se alinea con los principios constitucionales en materia de derechos humanos y promueve la coordinación tanto institucional como social. La atención comunitaria debe aplicarse de manera integral en todos los niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. Por ello, los servicios y programas de salud deben priorizar un modelo de atención comunitaria, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial y con perspectiva de género, garantizando la participación activa de la población desde el primer nivel de atención hasta los hospitales generales.

La colaboración y coordinación institucional entre los distintos niveles de gobierno es esencial para el desarrollo de servicios y programas en salud mental. Estas estrategias deben incluir actividades educativas, socioculturales y recreativas, con especial énfasis en la atención a grupos vulnerables. Asimismo, es fundamental la implementación de campañas de difusión para sensibilizar a la sociedad sobre la problemática de la salud mental, prevenir adicciones y mitigar las consecuencias de la falta de atención en este ámbito. Además, se debe informar a la población sobre su derecho de acceso oportuno a los servicios de salud mental y trabajar para erradicar el estigma social asociado a los padecimientos psicológicos.

El sistema de salud pública tiene la responsabilidad de reducir la brecha en la atención de la salud mental, consolidando estrategias para disminuir la incidencia de trastornos mentales. La dignidad humana es un principio esencial en el reconocimiento de los derechos en materia de salud, por lo que es necesario permitir la participación de observadores externos que supervisen la correcta implementación de los programas desde una visión basada en los derechos humanos.

La investigación en este campo es crucial para la detección de grupos poblacionales en riesgo, con especial atención a aquellos en situación de vulnerabilidad. La formación del personal de salud es igualmente importante, ya que permite comprender y ejecutar de manera efectiva la estrategia gubernamental,

brindando respuestas oportunas en situaciones de crisis y contribuyendo a la prevención del suicidio.

El Estado, en cumplimiento de su mandato legal, debe garantizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud mental. Es imprescindible acercar estos servicios a la población, asegurando el respeto a la dignidad humana, el enfoque basado en derechos humanos y la erradicación de estigmas y estereotipos relacionados con la salud mental. Además, se debe dar prioridad a la atención de grupos vulnerables, promover la atención primaria y comunitaria, y fomentar un enfoque integral e interdisciplinario sustentado en la ayuda mutua y la colaboración.

Para eliminar los estereotipos sobre las personas con afectaciones en su salud mental, se deben desarrollar programas de capacitación dirigidos al sector educativo, así como campañas de comunicación accesibles y con un lenguaje claro para la población que requiere estos servicios. Es fundamental que estas estrategias protejan la dignidad y los derechos humanos, además de promover el derecho a la salud mental mediante programas educativos y de comunicación masiva.

La creación de establecimientos ambulatorios de atención primaria y de servicios de psiquiatría en hospitales generales, regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud es una medida necesaria para transformar el modelo de atención. Esto implica el abandono progresivo del enfoque asilar, el cual ha demostrado ser lesivo para la dignidad y los derechos de las personas con padecimientos mentales. La infraestructura actual de los hospitales psiquiátricos debe reconvertirse en centros ambulatorios, garantizando así un modelo de atención más cercano a la comunidad.

El respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental debe regir cada acción implementada en este ámbito. Se deben garantizar mecanismos de apoyo para la manifestación de la voluntad anticipada y el consentimiento informado, asegurando que ningún tratamiento se lleve a cabo sin la autorización del paciente. Además, se deben evitar medidas de aislamiento que vulneren la dignidad y los derechos humanos de los usuarios. La atención debe ser integral e interdisciplinaria, ofrecerse en la cercanía de su comunidad y garantizar

la confidencialidad de la información de salud, así como la disponibilidad de los servicios de salud mental.

El internamiento de personas usuarias de estos servicios deberá ser voluntario y considerado solo como el último recurso terapéutico. En todos los casos, se debe priorizar la aplicación de alternativas comunitarias, especialmente en la atención de niñas, niños y adolescentes. Los tratamientos e internamientos deberán realizarse únicamente con consentimiento informado, asegurando que la persona usuaria tenga pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de la intervención. Se debe respetar su derecho a decidir libremente sobre su tratamiento, con la debida asistencia para garantizar que su elección sea informada y voluntaria.

Por último, se debe reconocer y garantizar el derecho de las personas a manifestar su voluntad anticipada respecto a las acciones a tomar en el futuro, permitiéndoles aceptar o rechazar posibles tratamientos de salud mental según sus propias determinaciones.

IV. LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y LA SALUD MENTAL

La salud mental es un aspecto esencial en el bienestar emocional, social y psicológico, los factores internos y externos influyen en el comportamiento humano e impacta de forma negativa en las personas. La problemática va acompañada de vivencias complicadas, factores biológicos, problemas de salud, adicciones y discriminación social. Actualmente solo 2 de 10 personas con afectación a su salud mental, solicita atención sanitaria de acuerdo a los datos del gobierno federal. México es integrante de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ingresa en el 2015 a la agenda 2030 para desarrollo sostenible. El objetivo 3 pretende garantizar una vida sana y el bienestar relacionado con la salud mental.

La OMS propone el cuidado comunitario y la atención de primer nivel para atender los servicios de salud mental. La reducción de hospitales psiquiátricos y transitar a los servicios comunitarios, con la atención primaria de los servicios de salud. El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 publicado el 12 de julio de 2019, en el eje general II denominado política social, en el componente “Salud para toda la población” y el programa sectorial de salud 2020-2024 del 17 de agosto de 2020,

establecen las estrategias y acciones para consolidar el proyecto de salud, en el objetivo 5 señala:

Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y la sensibilización de los riesgos para la salud, el oportuno tratamiento y control de las enfermedades, especialmente las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. Por otro lado, la estrategia prioritaria 5.3 sostiene: “Garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condiciones de vulnerabilidad” y la 5.3.7 “Fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia”. (Diario Oficial de la Federación, 2019)

Mediante decreto publicado el 29 de mayo de 2023 en el Diario Oficial de la Federación, se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud. (Diario Oficial de la Federación, 2023). Con la creación del CONASAMA, como órgano administrativo desconcentrado con autonomía técnica, operativa y administrativa, se conjugan las atribuciones y facultades del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, los Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra las Adicciones, con la finalidad de ser una instancia rectora, normativa y de conducción de la política nacional en salud mental, que lleve las acciones conducentes e implementación de atención primaria del modelo comunitario de la salud mental con perspectiva en los derechos humanos. Se debe garantizar el derecho a la prevención, control, y atención integral de la salud mental de forma intercultural y con perspectiva de género.

El Estado mexicano debe socializar, promover mecanismos que generen el acceso efectivo a la salud mental, para dar cumplimiento al párrafo cuarto del numeral 4 de la carta magna, garantizando el acceso a tratamiento para el bienestar mental, reconociendo a la persona como un ser único bajo la protección del sistema

jurídico, sobre todo en los sectores económicos más vulnerables. Por lo anterior, el Estado debe hacer efectivo lo dispuesto por ley, no sólo reconocer la problemática, accionar el aparato administrativo necesario para ampliar la cobertura, derivado del aumento del 25 %, consecuencia de la pandemia Covid-19.

Es necesario que se cumplan las acciones del *Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones*, así como el *Programa de acción específico 2023-2024*, realizado en Julio de 2023, se delinearon acciones que promuevan, prevengan, atiendan y se rehabiliten las personas con problemas relacionados con la salud mental y adicciones. La colaboración interinstitucional entre entes de salud, gobiernos estatales y municipales. Es necesario dar al plan estratégico y verificar que se cumple la función administrativa del nuevo órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud denominado Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, bajo las siglas (CONASAMA), con autonomía técnica, operativa y administrativa, su naturaleza jurídica es mediante decreto presidencial publicado el 29 de mayo del 2023.

La nueva comisión elaborará la política, estrategias y los programas de promoción, prevención y atención de problemas y trastornos de salud mental. Coordinará la prestación de los servicios del primer nivel de atención, en los hospitales generales y psiquiátricos, a través de la Red Integrada de Servicios de Salud Mental y Adicciones y la línea de la vida. Le corresponderá operar el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, que recopila, analiza e interpreta información sobre salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de obtener diagnósticos nacionales y estatales.

De acuerdo con el censo del 2020, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a lo largo del territorio nacional hay un millón 590,583 personas con algún problema o condición mental. 54% hombres y 46% mujeres. De esas personas, 602,293, que representan 37.9%, además de tener algún problema o condición mental, tienen alguna discapacidad y 264,518, es decir 16.6%, tienen algún problema o condición mental y alguna limitación funcional. (El Economista, 2022).

En los últimos años, la Secretaría de Salud destinó el 2 por ciento del presupuesto total que le fue asignado. Prácticamente el 80 por ciento, se emplea en los hospitales psiquiátricos y muy poco a la prevención del problema. La OMS recomienda que se destine del 5 al 10 por ciento. Dentro de las reformas y adiciones legislativas no se habla de un presupuesto asignado y etiquetado para la atención de la salud mental y tratamiento de adicciones.

Con relación a la atención uno de cada cuatro mexicanos, entre 18 y 65 años, ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco, de los que lo padecen recibe tratamiento (Tena, 2017).

En el caso de los grupos vulnerables, los mecanismos de prevención y atención resultan preponderante, al estar expuestos a condiciones que favorecen la presencia de problemas relacionados con la salud mental, resultado de sus condiciones económicas, físicas y sociales respecto la desigualdad y marginación.

La poca especialización y escasez de profesionales en los temas de la salud mental, disminuyen la cobertura y acceso para las personas que cuentan con un padecimiento que afecta su bienestar integral. La centralización de los servicios en la zona urbana, margina a los sectores rurales. Tradicionalmente la atención de las enfermedades se priorizaba hasta el tercer nivel y actualmente el sector salud tienen la obligación de brindar la atención de forma primaria, la capacitación a los trabajadores de salud es esencial. La atención y diagnóstico oportuno, el rompimiento del estigma social, la discriminación y la poca importancia y socialización de la problemática. En su conjunto contribuyen al aumento de los padecimientos de salud mental. Los factores económicos, estructurales y sistémicos maximizan el círculo vicioso que atenta al bienestar personal y calidad de vida de las personas. La depresión y ansiedad como aspectos primarios disminuyen la productividad, afectan la dinámica personal en su entorno social y sobre todo el riesgo a la fatalidad por no encontrar la forma de resolver la problemática.

V. CONCLUSIONES

Se observan avances considerables en el ámbito legislativo e institucional, la perspectiva de la visión y protección de derechos humanos es evidente, socializar

la problemática de salud mental y adicciones. El estigma social debe quedar atrás se debe visibilizar la problemática en los espacios públicos y privados, evitar el maltrato a las personas que sufren la enfermedad. El consentimiento informado para tener conciencia plena de los beneficios y contras de los tipos de tratamientos a utilizar, e impedir internamientos forzosos bajo la modalidad asilar, son aspectos en beneficio de la dignidad humana, se cambia el paradigma en las políticas de salud mental con perspectiva de la dignidad en la protección de los derechos humanos. La persona humana debe tener un bienestar individual y sobre todo social, ser incluido y no excluido. La estrategia de educación a los expertos de la salud, resulta esencial en la construcción de profesionales con perspectiva de los derechos humanos y más aún al público en general.

Los servicios de salud en su participación pública, privada y social deben poner atención en la temática de salud mental y adicciones; la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para garantizar el bienestar de la persona. El acceso a la atención primaria, la educación para erradicar los estigmas sociales y la dignidad de la persona son las máximas en las nuevas reformas y adiciones de la ley general de salud. El gran reto es el financiamiento para solventar la infraestructura, la profesionalización del servicio y el acceso cercano, oportuno y efectivo a los servicios de salud.

VI. REFERENCIAS

- Abramovich, V. y Courtis, C. (2021), *"El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible"*, Buenos Aires, La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo, año LXV, núm. 119.
- Belló, Mariana, (2005) *"Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México"*, en Salud Pública en México, vol. 47, suplemento 1.
- Cámara de Diputados. (2022). Ley General de Salud. Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2014). *Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías* (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

Diario Oficial de la Federación. (2023). Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690283&fecha=29/05/2023#gsc.tab=0

Diario Oficial de la Federación. (2023). Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690906&fecha=01/06/2023#gsc.tab=0

El Economista. (2022). *En México se ignora a ocho de cada diez personas con algún problema o condición mental*. Recuperado de <https://www.eleconomista.com.mx/politica/En-Mexico-se-ignora-a-ocho-de-cada-10-personas-con-algun-problema-o-condicion-mental-20220401-0064.html>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Acción a favor de la salud mental*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/accion-a-favor-de-la-salud-menta>

López, O., López M., y Delgado C. (2013). *Determinantes sociales de la salud*. Salud Pública: Teoría y Práctica, México, El Manual Moderno.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Naciones Unidas. (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Organización de los Estados Americanos. (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp#:~:text=Todos%20los%20hombres%20nacen%20libres,exigencia%20del%20derecho%20de%20todos>.

Organización de los Estados Americanos. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"*. Recuperado de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-ourresponse>

Organización Mundial de Salud. (2022). *Salud y derechos humanos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Mundial de Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966). *Organización de los Estados Americanos*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=189&1ID=2>

Tena, S. (2017). *Desarrollo de un modelo de orientación psicológica para universidades*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 22(3), 263-276. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255775001.pdf>

La salud mental en la reinserción social

Ma. Consuelo Rosillo Garfias¹

Humberto Gerardo Ruíz Fanti²

RESUMEN

Este trabajo está dedicado a quienes incursionan en el trabajo penitenciario y trata de situarnos en el terreno de la ética, esfera desde la que podemos defender que el ser humano es siempre tierra fértil susceptible de ser sembrada con la mejor semilla. Como humanos somos falibles, por lo tanto, aquí consideramos que es muy importante sembrar la semilla de la ética en el trabajador penitenciario desde la perspectiva del derecho penal.

La función penitenciaria requiere vocación de servicio, pues es prácticamente un apostolado que necesita aptitud de ayuda humanitaria, escucha, respeto a una vida digna y buen trato, lo que conllevará necesariamente a la reinserción social del sentenciado. Este trabajo que, no obstante, es discreto o desconocido, resulta de gran trascendencia para el proceso de construcción de la paz.

¹ Doctora en derecho por la Universidad Autónoma de Querétaro, profesora titular por la misma universidad desde 1996, ha sido docente en las universidades, Anáhuac, marista y contemporánea de Querétaro, su tesis de maestría dio lugar a la primera unidad de asistencia a víctimas, elegida por la suprema corte de justicia de la nación para formar parte del grupo de los 110 excelentes juzgadores federales y locales para participar en un curso de inmersión profunda 210 horas de trabajo intenso durante tres semanas distribuidas en 3 meses, en tres países, programa cultural Fletcher: Boston, Chile y Colombia. Miembro del comité para la implementación de la reforma penal en Querétaro, miembro de la sociedad Mexicana de Criminología, de la Asociación Mexicana de Mujeres Juezas y Magistradas, AC. AMMJUM, de la Asociación internacional de Mujeres Juezas, IAWJ, Capítulo México; y de la red nacional de jueces de ejecución. Correo: chelojuez@hotmail.com

² Doctor en derecho Procesal Penal, por la UNIVERSIDAD ALFA LAMDA, del Estado de México, profesor titular de la Universidad Autónoma de Querétaro, desde 2013, ha sido docente en las universidades, Anáhuac, marista y contemporánea de Querétaro, obtuvo su título de maestría por mejor promedio (10) Miembro de la academia de Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Querétaro, ha participado en diversos cursos y diplomados en la materia de Criminología y Medicina Forense, como ponente. Ha escrito diversos artículos en revistas y libros relativos a la materia que imparte y recientemente uno en Criminología y Ciencias de la Seguridad así como Teoría del Delito aplicada al Derecho Penal Adversarial. Correo: fantifanti17@hotmail.com

Palabras clave: reinserción social, salud mental, trabajador penitenciario.

ABSTRACT

This work is dedicated to those who venture into prison work. It aims to position us within the field of a sphere from which we can argue that the human being is always a fertile ground susceptible to being sown with the best seed. Although, as humans we are fallible. Therefore, we consider that it is very important to sow the seed of ethics in the prison worker from the standpoint of criminal law.

The penitentiary function requires a vocation for service, it is practically an apostolate. It demands aptitude for humanitarian aid, listening, respect for a dignified life, good treatment which will necessarily lead to the social reintegration of the sentenced person. Despite being discreet or often overlooked, this work is of great significance to the peacebuilding process.

Keywords: social reintegration, mental health, penitentiary worker.

I. INTRODUCCION

La desintoxicación del trabajador penitenciario es un alto reflexivo en su preparación, pues habrá de formarse para que su quehacer sea por principios éticos, de modo tal que sostenga el compromiso de no provocar “el desencuentro del *antropos* como ser cósmico, terrestre y humano” (Morin E. 1999 p.23) sin olvidar que “somos el resultado del cosmos, de la naturaleza, de la vida, [empero que] debido a la humanidad misma, a la cultura, a la mente, a la conciencia, se ha vuelto extrañ[a] a este cosmos que nos es secretamente íntimo” (Morín E. 1999) . Este trabajo apunta la urgencia de recobrar esta intimidad, en un mundo en el que se dan formas que demeritan la dignidad. Y subrayo que ésta es la tarea de un profesional del trabajo penitenciario, justo de quien se espera actúe con lealtad, honradez, legalidad, imparcialidad y eficiencia. Ciertamente, estos trabajadores se encuentran ante una caja de pandora que se pretende se cierre a los ojos de la ciudadanía, porque se supone que los males sociales ya están lejos de la sociedad

que los generó aunque aún la dañen y acosen. Sin embargo, el ser humano en circunstancias especiales de delito sigue contando con derechos fundamentales protegidos por la norma jurídica y que el empleado penitenciario debe conocer y aplicar sin apartarse de las valoraciones de tipo ético.

Es tarea del trabajo penitenciario considerar al ser humano como miembro de la humanidad, pues es parte de su evolución y cada convulsión de su interior es tan importante como la guerra y la paz en el mundo exterior.

II. DESINTOXICACION DEL TRABAJADOR PENITENCIARIO.

UN ALTO REFLEXIVO

Al hablar de los Centros de Reinserción Social (CERESO) debemos destacar que constituyen espacios delimitados para seres humanos en circunstancias especiales (el delito); se trata de espacios en el que se ha de morar cuando se infringe la norma y cuando son las personas son consideradas como descentrados sociales, es decir, cuando la sociedad decide apartarlos del conglomerado a efecto de que se dé cumplimiento con las resoluciones judiciales en condiciones de legalidad y con el debido respeto a la dignidad humana y que no vuelvan a lesionar el estado derecho.

Hoy se dice que la reinserción social no es una etapa ni un proceso, no se define por su duración, sino que es una situación jurídica con relevancia Social.

Los CERESOs son lugares en los que los ingresados se encuentran con otras personas con problemáticas similares o diferentes (además de la que los ha obligado a arribar ahí). Son espacios tan particulares que tienden a explicarse como anónimos a los seres más cercanos, es decir, quieren ignorar el sitio dado que los sujetos en circunstancias de delito se ven a sí mismos como personas inadecuadas, desvaloradas, etc.

Por otra parte, el personal penitenciario dispone de poco tiempo para una atención sosegada; todos requieren ser atendidos, generalmente siempre y es

insuficiente el personal. Esto no obstante que hubo una reforma con la cual en muchos de los estados buscaron que los espacios se encuentren en condiciones de alojamiento dignas, seguras y funcionales, además de que sirvan como herramientas para lograr la reinserción. Sin embargo, por la propia naturaleza del lugar y que todos requieren de atención (aun con aquellos que muestran actitudes aparentemente apáticas), el espacio lejos de motivar a los individuos, genera poco ánimo y mucha depresión.

Para colmo, las medidas de prevención al interior, a efecto de evitar la contaminación penitenciaria, resultan totalmente ineficaces y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que se llevan a cabo en los internos y no internos (al requerir de abundante material humano) hacen que esta atención resulte insuficiente y de menguada calidad.

Es así como el ambiente tiene una repercusión negativa sobre la salud personal y social de las personas que se encuentran en dichos lugares. Esto sucede no sólo a los internos, que de suyo arriban al espacio de confinamiento con el desvalor de encontrarse privados del bien jerárquicamente superior de la libertad.

Además, el delito y la desigualdad económica son factores que influyen negativamente sobre las condiciones del ambiente del ser humano en circunstancia delictiva. En primer lugar, el ilícito no sólo lesiona a los particulares sino a la sociedad misma, dejando secuelas de muerte, vejación, pobreza, entre otras, lo que repercute en el entorno social durante mucho tiempo. En segundo lugar, la desigualdad económica trae como consecuencia que existan escasos defensores públicos para atender las necesidades del humano en circunstancias especiales.

La sociedad, quien ha visto lesionada su seguridad, paga a estos defensores públicos, paradójicamente, y también a los equipos interdisciplinarios encargados de la atención y prevención a nivel interno y externo.

En el caso de la defensa existen paliativos, pues no todos los personajes sujetos a proceso son atendidos por la defensoría pública, ya que existen quienes son defendidos por abogados particulares al contar con los medios económicos suficientes. Esto coadyuva al auxilio en la defensa; sin embargo, no así en el caso de los equipos interdisciplinarios como el consejo técnico encargado de diseñar el

plan de actividades, el cual es similar a la planificación cotidiana de una persona en libertad (cursos, esparcimiento, lecturas, trabajo y otras actividades elegidas por la Población Privada de la Libertad – PPL-), lo cual hace posible armonizar el proyecto de vida de los internos con la gobernabilidad del centro (que son los únicos oficialmente encargados de realizar el diagnóstico y sugerir el plan a seguir y en su caso aplicarlo). Así, las cargas de trabajo resultan impresionantes, por lo que si buscamos eficiencia, rapidez, calidad y justicia resulta a todas luces un trabajo de titanes. Además, todo esto se traduce negativamente en todo el ejercicio profesional del trabajador penitenciario y en cada una de sus vertientes, lo cual ha provocado que se viva una especie de nihilismo (Turguénev, I. 1862) en una época de crítica implacable, en la que los ideales espirituales han sido superados por los materiales, es decir se une la época del absurdo. Como lo menciona Albert Camus (1942):

Lo absurdo me aclara este punto: “no hay mañana. Esta es, en adelante, la razón de mi libertad profunda [...] Completamente vuelto hacia la muerte (tomada como absurdidad evidente), el hombre absurdo se siente desligado de todo [...] disfruta de libertad con respecto a las reglas comunes [...] la muerte y lo absurdo son principios de la única libertad razonable: la que un corazón humano puede sentir y vivir [...] el hombre absurdo entrevé un universo ardiente y helado, transparente y limitado en el que nada es posible, pero donde todo está dado, y más allá del cual sólo están, el hundimiento y la nada”

De esta manera, el sujeto experto en el ámbito penitenciario conoce al ser humano en sus miserias espirituales, éticas y económicas; aquellas que lo han llevado a ser en algunos casos segregado de la sociedad por su conducta.

El trasgresor, por disposición legal, tiene que desnudar su vida ante los ojos de un extraño, que es el facultativo penitenciario; pero de pronto, ante la cotidianeidad de asuntos de orden penal, el trabajador penitenciario poco a poco ha perdido la capacidad de asombro y ve con los ojos del positivista Garofalo al individuo:

En efecto para los delincuentes de delitos naturales, las medidas deben ser a su juicio, drásticas y severas, pues ellos revelan temibilidad tal, por lo que

deben ser eliminados del seno de la sociedad, proponiendo fuesen deportados a islas remotas donde quedaran aislados para siempre, o bien la pena de muerte, la que debería admitirse con toda la frecuencia necesaria, para lograr así un efecto de selección humana, con la supresión de los indeseables (Orellana, W. 2016)

Así, con la pérdida de todo sentido humanista, el depredador (nihilista) ha intentado eliminar la ética, sustituyéndola por la inercia, la inéticaidad, la aéticaidad y el conformismo; esto en virtud de lo cual se hace necesario intentar revivir los valores, buscar la autenticidad que significa compromiso, así como una existencia profesional “valiente” que exija por sí el ejercicio ético. Porque la ética no pierde vigencia ni siquiera en situaciones críticas como el delito.

Es absurdo adoptar la postura Garofeliana de que “[e]l hombre honrado no debe sentir piedad por el criminal, porque este no es un semejante” (Garofalo, R. 1912) . Bajo esta tesitura, se deduce claramente que la vida cotidiana del trabajador penitenciario es un enfrentamiento continuo con problemas de orden ético. Esto obedece a que percibe la diferencia entre sus propios valores y la realidad laboral, pues el hecho de que deba trabajar con las personas que en el contexto social sean calificados como perdedores sociales por conductas que lesionaron gravemente a terceros, no implica estar de acuerdo con el actuar de éstos. Así, los trabajadores penitenciarios deben poner en primer lugar sus valores y aplicar una ética especial en una reflexión sobre el hombre en su dimensión concreta sobre lo humano. Una ética que le descubra al humano en la circunstancia especial en la que vive, que le permita actuar en equilibrio consigo mismo, que le consienta reencontrar la esencia de su actuar laboral, ya que, ante la inercia de las conductas inadecuadas, le pueden hacer perder el sentido de su labor desde su conciencia actual.

Lo que al humano delincuente le sucede, también le pasa al profesional, dedicado a las diversas ramas humanistas que contribuyen al Comité Técnico.

Nos encontramos frente a una dualidad inteligible que confunde al humano en la diferencia de “estar” y “ser”. Esto que separa dos zonas de la realidad y que conviene diferenciar para entender al ser humano en tales circunstancias. Es decir, si nos mantenemos en la zona de “estar”, no hemos pisado el terreno ni el suelo del “ser”, sino de su manifestación, pues el humano se expande por todas sus vivencias, es todo aquello que lo conforman y le permite a escena, aquello de que dispone para mostrarse. “Por esencia humana se entiende el entero ámbito de disponer humano: facultades (sensibles espirituales) y el cuerpo humano” (Selles, J.F., Gallardo F. 2019)

El quehacer del trabajador penitenciario es muy desgastante. Y si bien el trabajo es la principal actividad del humano ya que, a través de él, humaniza la naturaleza, crea su propio mundo y, en consecuencia, se crea también a sí mismo, resulta entonces comprensible y legítimo que los funcionarios penitenciarios y los peritos de esta materia manifiesten su inquietud alrededor de las implicaciones del trabajo penitenciario en su salud mental.

Por otra parte, la idea que aparece más consolidada en el pensamiento del trabajador en la materia es que el CERESO se revela como un engranaje deteriorante, más que como un espacio de humanización. El propio desgaste emocional se muestra como uno de los ejemplos más nítidos y cercanos de que los CERESOs son básicamente un espacio de reproducción de deterioro.

El trabajo penitenciario, que debiera encontrarse revestido de humanismo, hoy por hoy se manifiesta entre otras cosas como indiferencia, deshumanización y clasificación de personas en situación de delito como si fueran objetos. Es por ello que los sentimientos como la monotonía, la pérdida del sentido en su trabajo de reinserción social y las actitudes negativas hacia la institución en que se efectúa, tienden a agudizarse en momentos críticos. De ahí la urgencia de que este tema sea objeto de análisis de los especialistas en la materia. Si no se considera de la mayor importancia podremos provocar que la reinserción social de alcances altamente humanitarios, sea —por el contrario— generadora de enfermedad y

destrucción, no sólo del individuo en situación de cárcel, sino también del profesional de la reinserción social.

La conveniencia de esta posición es que, por un lado, no fractura la realidad pues piensa que el trabajador penitenciario puede preservarse, a pesar de la deshumanización del criminal. Y por otra parte, obliga al trabajador penitenciario y a las instituciones en su conjunto a cuestionarse los modelos de abordaje de la cuestión criminal. Todo esto desde una perspectiva humanizante y no sólo porque esa deba ser la línea respetuosa de los derechos humanos del delincuente, sino también porque en ella estaría asentada la estabilidad emocional del trabajador penitenciario.

En otras palabras, no se puede asistir al funeral de la salud emocional del delincuente, sin que la del trabajador penitenciario esté en agonía.

Realizando un análisis de la problemática planteada, podemos considerar que el trabajador penitenciario puede estar proclive al síndrome de *burnout* (Aceves, G.A. 2006), también denominado del trabajador quemado. Esto se traduce en la enfermedad crónica del estrés laboral, la cual se ve reflejada en agotamiento físico y mental, mismo que se prolonga en el tiempo alterando la personalidad del individuo y su autoestima. Los síntomas palpables son:

- 1) **Abrumación emocional:** Cansancio extremo y abrumador, tanto físico como mental.
- 2). **Despersonalización o desrealización:** Experiencia angustiosa que dura días, horas, semanas, etc., en donde el sujeto se siente separado de sí mismo.
- 3). **Baja autoestima:** su trabajo lo considera poco valioso, por lo que la confianza en el hacer se deteriora con facilidad.

En consecuencia, debe crearse un programa adyacente al trabajo de reinserción social en el que se trate al profesional activo, con una serie de estímulos externos que le impidan perder el sentido humano, la capacidad de asombro y la sensibilidad.

Esto no es el descubrimiento del hilo negro, ya en el *Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente* (1955) se aprobaron las reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. En sus numerales 46 al 54, se decreta la necesidad de elegir adecuadamente al personal que laborará en los establecimientos penitenciarios, dado que su trabajo constituye un servicio social de gran importancia. Ciertamente, el artículo 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo noveno establece que la seguridad pública es una función a cargo de la federación; empero, se observa en éste mismo ordenamiento la distinción con respecto al sistema penitenciario, en el que en su párrafo segundo del artículo 18 indica que se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción social del sentenciado a la sociedad y que no vuelva a delinquir. Por todo lo anterior, podemos concluir que el sistema de seguridad pública y el penitenciario son subsistemas.

De esta manera, el personal penitenciario deberá tener las características especiales para su importante misión: identificarse con conocimientos mínimos necesarios teniendo como elementos transversales la promoción, protección, respeto y garantía de los derechos humanos; conocer la normatividad y las labores cautelares del centro y su trabajo técnico, como la prevención de la tortura, tratamiento y alcanzar la comprensión directa de lo que es la reinserción social, primeros auxilios, protocolos de atención, etc.

De considerar que el trabajo penitenciario se limita a mantener el orden, vigilar y detectar los desórdenes al interior de los centros de reinserción social, se está completamente equivocado, ya que su misión no es de ser sólo vigilante.

Diferenciar adecuadamente los sistemas asegura el cumplimiento de la misión, lo que de ninguna manera significa que se elimine la disciplina, sólo que la seguridad pública busca la contención de la amenaza y el sistema penitenciario la reinserción del interno. Parafraseando a Gómez Grillo, E. (2006), se trabaja con hombres y mujeres que padecen la peor de las privaciones que se puede sufrir en la vida: la privación de la libertad; las calles son trabajo del policía.

La función penitenciaria requiere vocación de servicio, pues es prácticamente un apostolado que necesita aptitud de ayuda humanitaria, escucha, respeto a una vida digna y buen trato, lo que conllevará necesariamente a la reinserción social del sentenciado. También requiere enfatizar el trabajo en acciones, técnicas y métodos encaminados al acompañamiento del trabajo técnico, además de desarrollar las competencias para la vida, que permitan al individuo en circunstancias especiales como lo es el delito, resolver los obstáculos para enfrentar su vida.

Como puede apreciarse, el trabajo penitenciario requiere ese alto reflexivo para designar al mismo como para ejercer la función; por lo cual la implementación de la carrera penitenciaria, además de formar y contratar al personal idóneo y suficiente, resulta tarea ardua y no sólo como señala el artículo 28 de la Ley nacional de ejecución penal, como un registro fidedigno.

En ese sentido, luego de la elección y el trabajo a desarrollar, deberán contemplarse programas que permitan contar con la salud mental de ese personal que se ha elegido con profesionalismo y dedicación, porque como se ha mencionado, el trabajador penitenciario se desarrolla en un ambiente que cuenta con todas las miserias humanas a las que no debe juzgar ni emitir juicios de valor, sino que solo debe ser escucha, receptor y atento resolutor. Es actuar como terapeuta emergente y consejero espiritual y algunas veces fungir como padre de familia, disciplinar y corregir cuando haya necesidad. El orden no compite con la atención, pues como Andrew Coyle resalta:

Los miembros del personal penitenciario de primera línea deben comprender que no son solamente guardias, cuya tarea exclusiva es privar a las personas de su libertad. Tampoco son vigilantes, cuya tarea es imponer más castigos de los que ya han sido impuestos por las autoridades judiciales. En cambio, tienen que combinar un papel de custodios con un papel educativo y reformativo. Eso requiere mayor talento personal y aptitudes profesionales (Coyle, A. 2009).

Sin embargo, ante tantas exigencias resulta no menos importante que el trabajador penitenciario cuente con áreas de desintoxicación, con psicólogos clínicos especializados adecuados al tratamiento del profesional, así como un lugar

adecuado para su desintoxicación, cada que la requiera y valorado por la institución pública o privada a la cual pertenece el facultativo. Además, que el lugar de desintoxicación, que, entre otras cosas, sea recreativo. Esto es una forma de evitar un desgaste emocional del trabajador penitenciario con sus labores, las cuales tienen que ver en ocasiones con la reinserción de personas y éstas a su vez con la sociedad.

Esta propuesta se centra en el ver al trabajador penitenciario como un ser humano inmerso en el desgaste que deja el trato con personas emocionalmente destruidas. Es así que, al cuestionarnos si este trabajador, después de cinco, diez, ochenta, casos resueltos ¿cuenta realmente con la misma capacidad de asombro?, ¿con sentido humano y sensibilidad, que en el primer, segundo o tercer caso? Hacer personas insensibles e inhumanas no es sinónimo de profesionales o especialistas.

La desintoxicación del trabajador penitenciario es la forma a través de la cual se dará más calidad, eficiencia y un mejor servicio. Este alto emocional le permitirá expresar mejor sus sentimientos, respetar y aceptar otras formas de pensar sin que choque con su valores personalísimos, además de desarrollar su creatividad, crear relaciones interpersonales adecuadas (tanto con sus compañeros de trabajo como con el usuario del servicio penitenciario), dejar de hacer juicios de valor respecto al individuo en circunstancias especiales (el delito), controlar sus estados irritables, aprovechar los momentos de descanso y contar con una mente atenta.

Al contar el empleado del estado encargado de la reinserción social con una adecuada salud mental, se incrementará su sentido de humanidad, reflejado en el hacer cotidiano, redundando en un beneficio o perjuicio para la sociedad en que labora.

Por estas razones debemos tomar en cuenta la desintoxicación, no sólo para el profesional custodio en materia, sino a todos los profesionales que trabajan en la rama de las ciencias sociales, ya que aumenta en gran parte la interacción con el ser humano.

Debemos prevenir una incertidumbre social, saldar una deuda colectiva, Enfoquémonos a ver más allá del problema al que podríamos corregir, desde una perspectiva más amplia y objetiva

El profesional del sistema penitenciario, como elemento central impulsor y moderador del objeto primigenio de su materia, tendrá siempre una estrecha relación con los “grandes perdedores sociales”; esto es, con aquellos que cargan con un estigma social no necesariamente por que se encuentren sujetos a un proceso, sino por las diferentes conductas asociales que se descubren en toda sociedad.

Esta situación (y como ya se enunciaba líneas arriba, que el criminal no busca al facultativo penitenciario como el enfermo al médico) es desencadenante de evaluaciones de tipo negativo por parte de los usuarios del servicio penitenciario en las instituciones, puesto que no se espera recibir un halago profesional por parte de quien recibe el servicio. Inclusive, el trato “muy importante” hacia el profesional es de absoluta desconfianza, por lo cual, como seres humanos falibles, se tiende a la agresividad mutua, por lo que en vez de buscar mecanismos para desmontar éste peligroso proceso de devaluación del profesional, se contribuye a fortalecerlo por parte de las autoridades, pues otorgan a tal quehacer la jerarquía que merece.

Ante la evaluación del trabajo penitenciario actual y las variables esenciales que cruzan hoy por hoy el clima profesional, lo propuesto en esta investigación pretende ser un instrumento útil en el encuentro imprescindible del ser humano como profesional penitenciario y el comportamiento ético del ser humano; en otras palabras, descubrir que es menester de una reflexión de talante ético. Necesitamos la ética, el saber que sobrepasa valores y normas pero que inspira principios desde los cuales es viable desplegar proyectos profesionales y acciones penitenciarias.

La situación penitenciaria es una oportunidad y el reto puede dar paso a la respuesta. Una respuesta que no degenera en un parche de deficiencias y debilidades. El compromiso es una respuesta positiva a la actitud ética del trabajador penitenciario, para verlo como ese trabajador que realiza verdaderamente una labor social de alto nivel que impacta a la sociedad.

No podemos conformarnos con paliativos, sino que el pensamiento de todo profesional (independientemente del saber que desempeñe) se traduzca en acciones, por el bien del ser humano y la consecuente supervivencia de la humanidad. El logro de ello dará solución definitiva no sólo al aspecto penitenciario sino a la vida misma del ejercicio profesional cualesquiera que este sea. Como Lucini Francisco Castro (1986) menciona:

Cuando en una profesión fallan los principios éticos que deben inspirar la actuación de sus miembros o cuando determinados profesionales no ajustan su conducta a tales cánones éticos, sin que, por otra parte, les sea llamada la atención en debida forma por los propios órganos rectores de la profesión a que pertenecen, el desprestigio de la profesión comienza. Primero se advertirá un vago malestar, en cierto modo inconcreto y difuso, difícil de localizar e incluso de atribuir a nadie en particular. Luego se hablará de algunos “casos” sucedidos a “ciertas” personas motivo de escándalo para unos, e regocijo para los individuos envidiosos, de tristeza siempre para todos, porque en la sociedad quien sufrirá las perjudiciales consecuencias al fallar un mecanismo merced al cual funcionaba con seguridad en esa esfera de relaciones humanas o asuntos encomendados a los profesionales en crisis. Más tarde, al generalizarse el mal, la crítica se hace más abierta y despiadada por parte de quienes veían la existencia de unos —para ellos— injustificados privilegios en el relieve y consideración sociales de la corporación, con su posible secuela económica. Finalmente, so pretexto de remediar el mal y restituir la primitiva disciplina perdida, se acentúa el intervencionismo estatal, convirtiendo a aquellos profesionales en burócratas y éstos carentes ya de estímulo de la propia estimación y debérselo todo a sí mismos, echan a la administración la culpa de sus males y su función degenera en rutina (Pérez, Fernández, B. 1986).

Parafraseando al comisionado de Prevención y Readaptación Social, el Lic. José Ángel Ávila Pérez en el marco del día del personal penitenciario, podemos concluir que si bien es la labor penitenciaria un trabajo poco reconocido porque se desarrolla al interior de paredes infranqueables; aunque sea un trabajo discreto y desconocido es de gran trascendencia para el proceso de construcción de la paz. Por tanto, si hacemos bien el trabajo al interior de los reclusorios, devolveremos a la sociedad a ciudadanos corresponsables. Para lograrlo atendamos también al trabajador penitenciario.

III. REFERENCIAS

1. Aceves, G. A. (2006). "Síndrome de Burnout". Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309 (Link) Google. Scielo Network
2. Camus, A. (1970) "El mito de Sísifo", Lozada. Buenos Aires, pp.51 y 52
3. Castro, F. (1986) "Ética Notarial", Editorial Porrúa Segunda edición, México pág. 9
4. Garofalo, R. (1912). "La Criminología" Estudio sobre la naturaleza del crimen y teoría de la penalidad. Biblioteca Científico
5. Gómez, E. (2006). "La formación del penitenciario"
- <http://servici.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/relcrim15/art8.pdf>
6. Coyle, A. (2009) "La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos, Manual para el personal penitenciario", Centro Internacional de Estudios Penitenciarios, Reino Kings College London .
7. Orellana, W. (2002) "Manual de Criminología" Editorial Porrúa.

G L O S A R I O

1. **Aéticaidad.** Que no tiene sentido ética, ceguera para el valor ética.
2. **Ética** del latín *mos moris* costumbre; lo que los griegos denominaron *ethos*.
3. **Ética.** El significado de la palabra ética ha sido visto desde diversos ángulos, uno como un estado de ánimo; como sinónimo de humano dónde interviene la razón y la libertad; y el que tomaremos para nuestro estudio que es como un acto humano en su relación a la norma del bien, identificándose con lo ético.
4. **Facultativo Penitenciario** Se introduce en analogía del Facultativo médico, pues también sugiere posibles atenciones y prevenciones, de orden social.
5. **Inética.** es aquella persona que actúa contra la norma del bien, contra la ética; tiene sentido Ética, pero carece de fuerza ética y es arrastrado por las pasiones.
6. **Nihilismo.** F. Nietzsche "Los valores superiores ya no tienen validez".

BIOÉTICA, DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

Raúl Ruiz Canizales, Facultad de Derecho, UAQ¹

RESUMEN

La Bioética, de acuerdo a su estatuto epistemológico, no es una disciplina, sino un espacio interdisciplinario en la que no sólo los filósofos son convocados para la discusión del fenómeno moral. Se requiere del concurso de especialistas en cada una de las disciplinas involucradas para pensar, dirimir y discutir crítica, racional y argumentativamente los dilemas morales, así como para estar en condiciones de arribar a sus posibles soluciones o consensos. La Bioética es el espacio donde confluyen los profesionistas de las ciencias sociales con los de las áreas de las biotecnociencias, ingenierías, etc. Esto es que lo permite hablar de interdisciplinariedad, pues implica escudriñar qué es lo que está sucediendo en el ámbito de lo moral a partir de ese tejido de saberes. La salud mental, en este caso, engloba una serie de factores que, vistos de manera aislada, se traducirían en una mirada monodisciplinar para el acercamiento a cualquiera que sea el objeto de estudio. En el presente texto se describirán cuáles son esos campos de conocimiento con los que la psicología, como área disciplinar protagonista, tendría que dialogar.

Palabras clave: bioética, derechos humanos, salud mental

¹ Doctor en derecho. Docente Investigador y Profesor de Tiempo Completo (PTC) adscrito a la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Miembro de Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII II). Ex coordinador de la Maestría en Ética aplicada y Bioética de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Correo electrónico: raul.canizales@uaq.mx

ABSTRACT

Bioethics, according to its epistemological status, is not a discipline, but an interdisciplinary space in which not only philosophers are called upon to discuss the moral phenomenon. The participation of specialists in each of the disciplines involved is required to think, resolve and discuss moral dilemmas critically, rationally and argumentatively, in order to be in a position to arrive at possible solutions or consensus. Bioethics is the space where professionals from the social sciences meet those from the areas of biotechnology, engineering, etc., and this is what allows us to speak of interdisciplinarity, which implies scrutinizing what is happening in the moral field based on this network of knowledge relations. Mental health, in this case, encompasses a series of factors that, seen in isolation, would translate into a monodisciplinary view in this approach to whatever the object of study may be. This text will describe the fields of knowledge with which psychology, as a leading disciplinary area, should at least engage in dialogue.

Keywords: bioethics, human rights, mental health

I. INTRODUCCIÓN

La Bioética debe ser entendida como un espacio de diálogo interdisciplinario dentro de la ética aplicada, que aspira a proveer los ejes orientadores de la conducta de los seres humanos en su relación con otros seres humanos o con los ecosistemas (en los cuales la vida animal no humana es parte). Su origen etimológico proviene del griego *bios* y *ethos*, pero este binomio implica algo más que una simple “ética de la vida”, puesto que cada uno de vocablos tienen un alcance diferente en sus orígenes. En este sentido, la Bioética abarca, en una dinámica interdisciplinaria, las cuestiones éticas que tienen directa o indirectamente un impacto en la vida, esto tanto en su acepción de *biovida*, como de *vida en general* y *vida en especial*. La Bioética, entonces, se constituye como ese espacio plural conformado por diversos ámbitos del pensar moral, tales como:

- a) El de los expertos en áreas humanas y científicas, como psicólogos, sociólogos, juristas, biólogos, médicos, antropólogos, etc.

- b) El constituido por la opinión pública o una determinada sociedad y cultura.
- c) El de los propios filósofos morales.

Hay quienes no dudarían en reducir el ámbito de la Bioética a los conflictos éticos en los tratamientos médicos, al ámbito de lo clínico e, incluso, a las cuestiones asociadas a la innovación tecnológica. Otros, sin embargo, opinarían que la Bioética debe incluir la moralidad de todas las acciones que puedan ayudar o causar un daño a cualquier organismo sintiente, es decir, capaces de sentir y, por tanto, expresar miedo o dolor. Más allá de esta descripción sobre el espectro de la Bioética, lo que también resulta de suma importancia es la descripción de cuáles son los campos de conocimiento (disciplinas) que merecen converger y dialogar —de manera interdisciplinaria— en torno a la salud mental.

El problema de la salud mental no es algo que se presenta de manera aislada, sino que —en el abanico de los diferentes campos disciplinares— ésta se presenta entrecruzada y entrelazada con otros saberes. En lo que corresponde a las causas y efectos en torno a la salud y enfermedad mental, queda claro que —desde la mirada bioética— su explicación no pertenece al dominio exclusivo de la psicología o psiquiatría, sino que, en todo caso, sería la disciplina protagonista. Inevitablemente se identifican puntos de intersección que conducirían a la interdisciplinariedad, la cual, en razón de ese mismo estatuto epistemológico, posibilita el intercambio de información y de experiencias. Ello, a su vez, permite el diseño de políticas públicas más completas enfocadas a prevenirlas y, en la medida de lo posible, éstas impactan tanto en la salud en general de las personas como en la satisfacción de los derechos humanos en juego.

Los graves y costosos problemas de salud mental —dado su carácter multifactorial— exigen un abordaje mucho más ambicioso de lo que se hiciera a mediados del siglo XX, es decir, antes de la consolidación de la Bioética como espacio interdisciplinario de diálogo y discusión. Hoy la Bioética no se circunscribe únicamente al campo de la medicina, sino que abraza una amplia gama de campos de conocimientos que tienen un papel de idéntica trascendencia; por ello, si habláramos de conmensurabilidad respecto del impacto que representan, esto no

sería del todo válido. El perfil profesional de quien es partícipe en las discusiones en campo de la Bioética es el de un políglota de saberes. Hacia allá se dirige la disertación compartida en este artículo.

II. LA CONVERGENCIA DE DISCIPLINAS: INTERDISCIPLINARIEDAD

La salud mental no es un área de conocimiento de reciente aparición, pues desde hace décadas se ha adoptado —en el propio seno de la comunidad internacional— a esta asignatura como una de las que requieren de mayor atención. Su importancia y trascendencia se visibilizó aún más con la pandemia por COVID-19. Más allá de los estragos en la salud (económicos, ambientales, sociales, etc.), el impacto en la salud mental constituyó un eje de la mayor importancia, pero lamentablemente la respuesta desde lo institucional fue poco más que sugerente. Constituye una problemática compleja de múltiples aristas, en la cual tendrían que convocarse a las diversas ciencias para su estudio bajo un enfoque interdisciplinar y para la deliberación de los dilemas éticos que surgen a su alrededor. A continuación, de manera enunciativa se mencionarán aquellas disciplinas cuyas aportaciones directamente impactarían en la búsqueda de posibles consensos y, en consecuencia, el necesario diseño de políticas públicas.

De inicio, la propia Psicología y la Psiquiatría, quienes se encargarían de describir —en ese escenario de concurrencia interdisciplinar— el alcance y connotaciones de la depresión, ansiedad y todas aquellas manifestaciones de la salud y enfermedad mental. Como campos de conocimientos convocantes, una de las responsabilidades más apremiantes sería la homogeneización de conceptos fundamentales de la psicología (y la psiquiatría) en torno al objeto de estudio, así como otros aspectos que forman parte del entramado de este campo de conocimientos: síntomas, evaluación, tratamientos, esquemas de psicoterapias, medidas preventivas y de intervención avaladas por la comunidad de profesionales de estas áreas, factores de riesgo, presión social, trastornos comunes, etc. Es decir, serían las principales disciplinas proveedoras de todas las herramientas

conceptuales, además de los mecanismos que se despliegan desde lo institucional y lo institucionalizado.

Por otro lado, la Economía (finanzas públicas) es necesaria para el cálculo de los costos y beneficios de las políticas públicas y de su implementación. Sin embargo, esto tampoco implica que todo lo que haya que decidirse (en cuanto a qué tipo de asistencia sanitaria se debe decantar y cómo debe distribuirse) lo debe dictar exclusivamente la ciencia económica y sus leyes y métodos (De Lora & Gascón, 2008, pp. 170-171). Ahora bien, la variable salud y la variable economía son las dos caras de una misma moneda; sin embargo, no queda claro cuál es el punto medio. Esta duda no resulta ociosa si se tiene presente que, independientemente del lado que se incline la balanza, los resultados nunca serán los óptimos, pues la experiencia en México por el COVID-19 mostró que incluso los sectores considerados como pertenecientes a las actividades señaladas como esenciales, fueron orillados a modificar su dinámica de servicio, circunstancia que, por sí sola, generó un impacto en sus pautas de venta y consumo. Es sabido que lo anterior no quedó ahí, pues fueron esos mismos estragos provocados por la reciente pandemia lo que provocó que millones de personas que se encontraban en el espectro de la economía informal cerraran sus fuentes de ingreso, cuestión que derivó en una afectación a las condiciones de salud mental. De ahí la importancia de la economía en este diálogo entre saberes.

La Medicina, por su parte, tiene fines específicos y propios, pero no permanece aislada del componente psicológico; de hecho, por muchas décadas (aun durante el nacimiento y apogeo de la medicina moderna) hay registro de una estrecha relación entre la medicina y la psicología en torno a la problemática aquí abordada. De hecho, en lo tocante a la medicina,

es esta área del conocimiento la que sirvió —de alguna manera— como el contexto disciplinar en el que la propia complejidad de los dilemas éticos ahí emergentes ocasionó la exigencia de someter a la discusión/análisis sus propias prácticas y, de manera concomitante, la

necesidad de trasladar esta discusión a espacios de convergencia interdisciplinar (Ruiz, 2020, p. 6).

Con respecto a la Administración Pública, este campo de conocimientos ilustraría en todo lo concerniente al diseño, implemento y desarrollo de políticas públicas integrales para disminuir y prever efectos en la salud mental o —lo que sería más adecuado— explicaría las reglas de juego y las diferencias entre las diversas políticas que se diseñan en el seno de las múltiples instituciones que definen y configuran el entramado del espacio gubernamental. Los expertos en administración pública explicarían que, por ejemplo, una política institucional

[...] es una decisión escrita que se constituye en una especie de guía o marco de acción lógico y consistente para definirle a los miembros de la organización, los límites dentro de los cuales pueden operar ante una determinada situación [...] es un documento interno que formaliza lo informal y hace explícito lo implícito, estableciendo políticas básicas de funcionamiento y criterios orientados de actuación, los cuales son un marco de referencia para determinar desde un punto de vista ético, si las funciones desarrolladas por el personal se están haciendo bien o mal y si con ello conlleva a alguna consecuencia positiva o negativa, de tal manera que genera certidumbre, previsibilidad y reglas claras para obtener procesos transparentes y participativos que enriquecen los valores, misión y visión del ministerio (Jiménez, S., 2022).

Mientras que las *políticas de Estado*, por su parte, son acciones de gobierno para alcanzar macro objetivos de interés nacional. Para su diseño y ejercicio intervienen los poderes legislativo y ejecutivo federales, puesto que se tratan de decisiones unilaterales de gobierno (política exterior, fiscal, económica, monetaria, etc.). Las *políticas de gobierno*, en cambio, son acciones de gobierno enfocadas a atender aquellos males públicos que afectan a la sociedad en su conjunto; en su diseño

intervienen el ejecutivo en sus tres órdenes (federal, estatal y municipal), además de que también constituyen decisiones unilaterales de gobierno (por ejemplo, los programas de gobierno con el sello distintivo de cada administración en turno). Por último, las *políticas públicas* constituyen acciones de gobierno orientadas a la atención eficaz, eficiente y legítima de problemas públicos específicos. Se tratan de acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas o, mejor dicho, como resultado de un diagnóstico y análisis de factibilidad, las cuales apuntan a la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones (Franco, 2020, p. 84).

En cuanto a la Antropología, esta disciplina estaría convocada para los aspectos asociados a los estudios etnográficos que apunten, entre otras cosas, a las manifestaciones culturales y las expresiones arraigadas en las tradiciones respecto de la salud mental. De hecho, la parte prometedora de este campo de conocimientos sería la antropología aplicada. Como lo sostiene Sergio Lerin (2007), uno de los problemas en materia de salud es padecer y enfermar en el campo de la salud mental, ya sea por una cuestión de alcoholismo, la alcoholización, el susto, la pérdida del alma, depresión etc. Así, el tema de salud mental se traduce en un objeto de estudio más problemático en un contexto pluriétnico. De hecho, en la agenda específica de las comunidades originarias,

[l]as dificultades de mayor tensión se presentan cuando los indígenas padecen cuadros de malestar que sólo los médicos tradicionales son capaces de entender-atender-resolver-contener. Algunas de las enfermedades tradicionales y en especial el susto, la pérdida del alma, el embrujo, el alcoholismo y la alcoholización han representado y siguen representando un gran desencuentro intercultural, no sólo en términos de identificación y diagnóstico, sino también en términos de eficacia (Lerin, 2007, p. 150).

En este sentido, no hay duda de los vínculos estrechos en la Psiquiatría y la Antropología, puesto que ambas comparten un interés por los factores sociales, biológicos y culturales. La Psiquiatría, más allá de los debates en torno a sus procedimientos, ha ido de la mano con la Antropología y, como resultado de ese binomio, surgió lo que se denomina la Psiquiatría Antropológica, con un enfoque hacia las concepciones asociadas con la mente y su *enfermar*, todo ello desde una perspectiva integral. Sin embargo, esta disciplina aún no es reconocida del todo por un sector de la propia Psiquiatría. No obstante, en esta mirada integral de la Psiquiatría Antropológica el síntoma se asume como expresión de lo personal, pero a un mismo tiempo de lo colectivo; la terapéutica, por su parte, se asume como una relación de naturaleza interhumana, no exenta, por su puesto, de aquellas dimensiones y condicionamientos sociales. Son objetos de estudio de la Psiquiatría Antropológica el diagnóstico en salud mental con perspectiva antropológica, los trabajadores de la salud, los síndromes culturales, la formación y capacitación en competencias culturales, los conceptos tradicionales de salud, la enfermedad y atención, la relación terapéutica entre actores de diversas culturas, las situaciones de anomia social y de estigmatización, la interface neurociencias-antropología, las instituciones y sistemas sociales terapéuticos y temas como la rehabilitación psicosocial, entre otros (Orlandini et al, 2018).

La Nutriología, por su parte, asistiría sobre patrones de consumo (prácticas alimentarias) e ingesta de alimentos, además de brindar información sobre los tipos, riesgos y calidad de ciertos tipos de productos en el mercado (los cuales tienen un claro impacto en la salud mental resultado del desequilibrio entre los patrones de producción de dopamina y la serotonina, etc.). Un eje temático que hoy está en la agenda de muchos gobiernos es el de la obesidad, un problema de salud nutricional directamente vinculado con el de salud mental. Por ejemplo, se informa que las consecuencias psicológicas de la obesidad van desde problemas de relaciones interpersonales, hasta baja autoestima, aislamiento, depresión, ansiedad e, incluso, compulsión al ingerir alimentos para aliviar la ansiedad y falta de afecto, lo que se ha traducido en cuestiones de estigmatización social (De Domingo & López, 2014). Otros estudios han pretendido indicar que el sobrepeso no se asocia con la

ansiedad, baja autoestima, afrontamiento pasivo o depresión a pesar —aseguran— de que actualmente se sostenga la teoría de que las personas en condición de obesidad tienen problemas psicológicos (Cárdenas et al, 2014, p. 124).

El Derecho, como parte de este diálogo entre saberes, podría enfocarse, entre otras muchas aristas, a la política legislativa que fortalezca el derecho humano a la salud como un tipo específico de derecho social, pero también podría enfocarse a la producción legislativa que sancione la discriminación por esta específica condición de salud. Además de lo anterior, existe todo un conjunto de instrumentos internacionales dentro del sistema internacional de derechos humanos que abordan estas cuestiones y en las que el este campo de conocimientos juega un papel crucial. Uno de ellos es la Resolución 46/119 (La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención a la salud mental), aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 17 de diciembre del 1991. Mediante dicha resolución, se aprobaron los “Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental”, los cuales siguen siendo criterios de referencia obliga en cuestiones de atención a personas con problemas de salud mental. En este sentido, también se suman lo relacionado con la naturaleza jurídica de estos instrumentos internacionales los denominados *soft law*, así como la recepción que han tenido en sede jurisdiccional en nuestro país. Existe una amplia gama de instrumentos internacionales no vinculantes —sobre todo las llamadas declaraciones— que han tenido un impacto en el mundo de la Bioética, como la propia *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, en la que se invoca, en una multiplicidad de veces, el concepto de dignidad. Dado que ningún derecho es absoluto, las situaciones o circunstancias bajo las cuales operan las limitaciones, restricciones o suspensión del pleno y efectivo ejercicio de ciertos derechos, preferencias y libertades son cuestiones que el derecho explicaría en aras de identificar los criterios determinantes mediante los cuales se condiciona el goce de esas prerrogativas y cesan las obligaciones del Estado.

Otro de los temas que se ha debatido, desde una perspectiva jurídica, es lo referente a la legalidad de los tratamientos coercitivos, asociados directamente con cuestiones de consentimiento informado, puesto que en ocasiones se da por sentada la incapacidad —de quienes tienen algún padecimiento mental— en cuanto al entendimiento de los alcances de ciertas medidas. En efecto, como lo mencionaron Sánchez y Abellán (2022), “[e]n principio, hay que partir siempre de la presunción de capacidad de los pacientes o usuarios, sin que se deba presuponer la discapacidad hasta demostrar mediante una evaluación clínica adecuada su déficit o deterioro” (p. 156).

Por otra lado, la Filosofía Moral, como integrante necesaria en este acercamiento interdisciplinario, daría cuenta de que —entre otros elementos— el criterio ético fundamental que regula la Bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral, *i. e.*, la dignidad de la persona. Este concepto, el de dignidad, supone que no pueden imponerse privaciones de bienes de una manera no justificada, ni que una persona pueda —en términos kantianos— ser utilizada como instrumento para la satisfacción de los deseos de otra; en este sentido, dicho concepto clausura el paso a ciertas versiones utilitaristas que —al preocuparse por la cantidad total de felicidad social (*principio de utilidad*)— desconocen la relevancia moral que tienen la separabilidad e independencia de las personas. A su vez, el reconocimiento del principio de dignidad implica ciertas limitaciones en la búsqueda de los objetivos sociales, la imposición de derechos personales, y restringe la aplicación de la regla de la mayoría en la resolución de los conflictos sociales. Se puede también enunciar el *principio de dignidad* con resabios claramente kantianos de la siguiente manera: siendo valiosa la humanidad en la propia persona o en la persona de cualquier otro, no debe tratársele nunca como un medio, sino como un fin en sí misma, y no deben imponérsele contra su voluntad sacrificios o privaciones que no redunden en su propio beneficio (Kant, 2004, pp. 97 y 98).

Lo anterior no significa que no puedan imponerse sacrificios o privaciones, esto sólo ocurrirá siempre y cuando medie el consentimiento de la persona para ese

sacrificio o privación. Si no media el consentimiento, se vulnera el *principio de dignidad de la persona*. Este principio permite identificar ciertos bienes y los derechos correspondientes, los cuales están íntimamente relacionados con la identidad del individuo. El bien genérico es, sin duda, la vida misma y, más específicamente, están otros bienes como la integridad física y psíquica del individuo, la intimidad y privacidad afectiva, sexual y familiar y el honor y la propia imagen (Vázquez, 2008, pp. 371 y 372).

En este sentido, se requiere de los especialistas de cada una de las disciplinas antes mencionadas para pensar, dirimir y discutir para arribar a posibles soluciones exigidas en virtud del acaecimiento de dilemas bioéticos o casos complejos (morales) en torno a la salud mental. De esta manera, las reglas a las que se ceñirían todos los especialistas serían aquellas que apuntan a la deliberación crítica, racional y argumentativa, pero sobre todo a la exigencia de la universalizabilidad de los argumentos, a efecto de que sean atendibles y formulados en actitud de imparcialidad (Garzón, 1998, pp. 7 y 8).

La Bioética, entonces, es este espacio de discusión que se gesta a partir de la formación de especialistas de las diversas áreas del conocimiento. En este artículo, sin embargo y por obvias razones, se tiene como punto de partida la Psicología, la cual necesariamente tiene que tomarse de la mano con otras disciplinas. También es necesario precisar que —de acuerdo con el enfoque bioético— los dilemas éticos que surgen de la atención individual son, en este sentido, competencia de la ética clínica; mientras que todos aquellos dilemas morales que dimanen directamente de la atención colectiva, de lo comunitario, competen a la ética de la salud pública, específicamente a la justicia distributiva, es decir aquella en cuya concepción de “igualdad” las pautas se orientan hacia la distribución de cosas desiguales en proporción a la desigualdad de los sujetos. Esta sería, por tanto, la ruta a seguir en lo que respecta a la salud pública desde un acercamiento interdisciplinario: los derroteros de la ética clínica, pero con marcada presencia de los criterios en juego en el campo de salud pública. De hecho, la Bioética está vinculada a la noción de calidad de vida, estilo de vida, vida humana y no humana. A partir de los años setenta se comenzó a hacer uso —en la jerga de

las áreas del conocimiento involucradas— del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), bajo el cual se sostiene la premisa de que el bienestar de los pacientes, así como la propia experiencia que tienen de su enfermedad y de los cuidados médicos que reciben, son elementos que deben considerarse durante el tratamiento y el control evolutivo (Herranz B. *et. al.*, 2015, pp. 131-138).

Ahora bien, se propone como metodología propia para la Bioética —más no del presente artículo— la *dialogica deliberativa* en la que se requiere del diálogo con los otros saberes para la deliberación plural, argumentativa y racional. Una deliberación plural implica que hay que establecer una metodología que permita deliberar, reflexionar y dar cuenta, pero desde ámbitos plurales. Además de lo anterior, las reglas de juego del diálogo interdisciplinario serían la transferencia de métodos entre las disciplinas convocadas, el consenso del marco conceptual común, entre otros aspectos.

III. LAS REGLAS DEL DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

La asistencia multitudinaria de disciplinas convocadas para disertar respecto de una variedad de dilemas morales no es condición suficiente para la interdisciplinariedad. Y es que la Bioética no es una disciplina o una ciencia, sino un espacio *interdisciplinario* de discusión en el que no sólo los filósofos estudian el fenómeno moral o, mejor dicho, no sólo ellos son los requeridos al momento de la discusión de los dilemas morales, sino que es algo que compete a todos (Martínez, 2008). Sin embargo, hay una amplia y abundante producción literaria en materia de Bioética que se ha ostentado como interdisciplinaria a pesar de que no se perciben los elementos determinantes y propios de este tipo de enfoque. Pero esto no queda ahí, sino que otro de los errores en los que se incurre con frecuencia es el de señalar a la Bioética como un espacio multidisciplinario, lo que implica asignarle una labor estéril como lugar de encuentro para el diálogo y discusión. Lo anterior constituye un craso error, ya que ofrecería nulas garantías de resultados fructíferos, pues esto tiene que ver con el fracaso comprobado por los pioneros en los estudios de

sistemas y lo infértil que resultaron los estudios multidisciplinarios desde hace ya varias décadas (Gelman, 2000; Bertalanfy, 1955; Bertalanfy, 1976).

Cuando se aborda un objeto de estudio desde una sola asignatura —Derecho penal, por ejemplo— y dentro de un solo campo del conocimiento —en este caso Derecho— estamos en presencia de un acercamiento mono o unidisciplinar, el cual podría versar sobre la conformación de un cierto tipo penal con el que se busque sancionar conductas u omisiones que se traduzcan en posibles daños o lesiones. Si ese mismo objeto de estudio se aborda desde varias asignaturas —Derecho penal, civil y mercantil— pero desde ese mismo campo jurídico del conocimiento, entonces se estaría abordando de manera *intra*-disciplinar, que podría versar sobre cuestiones de constitucionalidad, civiles o penales, entre otras. Ahora bien, cuando este mismo objeto de estudio se analiza a la luz de diversos campos del conocimiento (Derecho, Sociología, Filosofía, Medicina, Antropología, etc.), pero los representantes de cada uno de ellos lo abordan de manera segmentada, es decir, se centran en los aspectos propios y de interés particular de cada una de esas áreas del conocimiento (lo que se traduce en una fragmentación o una mirada fragmentada del problema a estudiar) y, además, cada una de ellas echa mano de su propia jerga o lenguaje así como de sus propios métodos, todo ello en busca de una solución —la cual no podría ser otra sino parcial—, entonces lo que se hizo en este caso es un acercamiento multidisciplinario.

El escenario anhelado es transitar a la interdisciplinariedad; en ésta, según Gelman (2000), constituye una exigencia la identificación de una problemática de tal importancia y alcance que rebase el interés propio de una disciplina específica. Además de lo anterior, los miembros de cada una de las áreas del conocimiento crean conjuntamente un modelo mediante el cual se puede comprender la problemática referida y, entre otros aspectos, se desarrolla una transferencia de métodos, construyen un marco conceptual común, un lenguaje común para dialogar, resignificar (redefinir/resemantizar) de común acuerdo los objetos de estudio y, con ello, generar una comunicación efectiva al grado de que ésta sea

entendida de igual manera por todos los representantes de las áreas del conocimiento convocadas (Paoli, 2019).

En resumidas cuentas: se abarca la totalidad del problema u objeto de estudio, se minimiza la fragmentación de la realidad, todos los representantes de cada uno de los campos del conocimiento participantes enriquecen el modelo de interpretación (el cual constituye el punto de partida para el análisis y el trabajo). Las soluciones que se buscan son integrales (abarcen la totalidad) e integradoras, es decir, se reconocen todos los aportes. De acuerdo con Gelman (2000), no se está en presencia de un estudio interdisciplinario cuando, por ejemplo, los diferentes representantes de las diversas áreas del conocimiento se reúnen para abordar un problema y toman las siguientes decisiones: los economistas, en su caso, sólo abordan el aspecto económico del problema, en tanto que los psicólogos se limitan al aspecto mental o aquellos involucrados de cara a la problemática y los abogados, naturalmente, al aspecto jurídico. El anterior esquema, sin lugar a dudas, implica que están procediendo de la siguiente manera: fragmentan todos ellos el problema, ya que cada grupo está estudiando diferentes cosas, es decir, miran únicamente una parte del problema, pero no la totalidad. Asimismo, cada grupo aplica y usa su propio lenguaje científico y sus métodos particulares con el propósito de analizar, estudiar y plantear una solución al problema. Por tanto, quedarán aspectos del problema que no se aborden por ninguno de los grupos partícipes, porque se encuentran fuera de su campo de estudio, de tal modo que el problema se seguirá estudiando parcialmente y, por tanto, las soluciones serán también parciales y, posiblemente, se contradigan o afecten negativamente con la de otros grupos disciplinarios. Por su puesto que no se trata de una dinámica meramente acumulativa enfocada a efectuar una síntesis entre las conclusiones de distintas ciencias ni tampoco se trata de acoplar (sistemática y mecánicamente) unos principios normativos a unas condiciones de hecho, tal como sucede cuando se trata de un código deontológico determinado, que ha de estar debidamente revisado y actualizado (Ferrer, 2013).

Más allá de si la Bioética es o no una nueva área con capacidad para intervenir en cualquier tipo de discusión ética y con poder para intervenir en todo

tipo de debates (Díaz, 2013), como se le ha querido señalar con un tono provocador, lo cierto es que hasta el día de hoy persiste una gran deuda de interdisciplinariedad más allá de la exaltación ingenua de sus bondades, al grado de que se corre el riesgo de convertirse en un sentido alejado de realidad —como atinadamente se ha señalado (López, 2015)—. En este sentido, la basta proliferación de literatura en torno a una multiplicidad de dilemas morales sólo se ha limitado a la disertación segmentada de éstos, sin que ello necesariamente revista las condiciones epistémicas a las que aquí se apela y se aspira arribar. Lo anterior no resulta ocioso si se tiene presente la cantidad de recursos públicos que se destinan constantemente con el propósito de impulsar proyectos de investigación interdisciplinarios; pero esto no se trata de un acto de condescendencia epistémica, sino que exige formular, desde lo institucional, las reglas precisas a efecto de concretar el sueño dorado de toda investigación que se presuma bioética: alcanzar resultados verdaderamente interdisciplinarios. Es tiempo de convocar a los actores involucrados del sector público y académico con el propósito de perfilar dichas reglas que lo posibiliten.

Llama la atención la abundante literatura que también existe en torno a la transdisciplinariedad. Garrafa (2005), por ejemplo, indica aquello que está al mismo tiempo entre las disciplinas (a través de las disciplinas y más allá de cualquier disciplina) y en virtud de ello, se enfoca hacia la comprensión de la realidad, para la cual uno de los imperativos más importantes es el de la unidad del conocimiento. En otras palabras, “[l]a transdisciplinariedad [...] es un abordaje que va más allá, proporcionando libertad de estar del otro lado sin ser acusados de estar pisando donde no debemos y sin temer serlo” (Garrafa, 2005).

Cualquier cosa que signifique la transdisciplinariedad (independientemente de que se trate o no de una moda académica), lo cierto es que resulta prioritario concretar el paso previo, es decir, el proceder interdisciplinario. De lo contrario, todos los esfuerzos y recursos nunca serán suficientes para encontrar soluciones integrales e integradoras. Pero ésta es una circunstancia que se percibe lejos o, por lo menos, de una enorme complejidad, salvo que aquellas instituciones

responsables de la política científica convoquen al diseño de tales reglas metodológicas procedimentales. No está en juego refrendar la importancia de la Bioética (ésta se encuentra más que posicionada), sino demostrar que su proceder interdisciplinario, así como sus propios resultados pueden traducirse incluso en políticas públicas. De seguir produciendo literatura bajo el sello de 'bioética' como hasta el momento se ha generado, con las características aquí descritas, estaríamos dilatando la materialización de la anhelada interdisciplinariedad. Se dice que nunca se había hablado tanto de algo, pero que al mismo tiempo se supiera tan poco de ello, como es el caso de los derechos humanos. Lo mismo podríamos afirmar de la interdisciplinariedad en la Bioética.

IV. CONCLUSIONES

Más allá de lo concerniente al derecho humano a la salud, así como sus limitaciones, expresiones y vías de exigibilidad, lo que debe quedar claro es que la salud mental adquiere una connotación especial en el contexto de una sociedad que recientemente acaba de sufrir los embates de una pandemia, como lo fue el COVID-19. Los estragos que generó en la salud mental de poblaciones enteras puso en alerta a todo el entramado institucional en los niveles estatales, nacional e internacional. Como consecuencia de este impacto, el Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 43/13, solicitó a la Alta Comisionada para los Derechos Humanos organizar una consulta con el propósito de debatir sobre cuál sería la mejor manera de ajustar las leyes, políticas y prácticas nacionales relativas a la salud mental a las normas de *la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. En este sentido, la consulta referida se celebró el 15 de noviembre de 2021. En la misma resolución, el Consejo solicitó a la Alta Comisionada elaborar un informe sobre las conclusiones de la consulta para presentarlo al Consejo de Derechos Humanos en su 49º período de sesiones. El resultado final fue el documento intitulado "Resumen del resultado de la consulta sobre la forma de armonizar las leyes, políticas y prácticas relativas a la salud mental con las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sobre cómo aplicarlas". Este texto contiene, como su nombre lo

indica, un resumen de los debates que tuvieron lugar durante la consulta celebrada el 15 de noviembre de 2021. La consulta se centró en: a) explorar y compartir experiencias prometedoras de reforma de leyes, políticas y prácticas guiadas por un enfoque basado en los derechos humanos en el ámbito de la salud mental; y b) destacar los aspectos clave de la reforma legal sobre la base de la Convención.

Asimismo, se formularon recomendaciones a los Estados y todas las demás partes interesadas, incluidos los profesionales de la salud, con el fin de elaborar y aplicar reformas jurídicas y políticas, además de otras medidas, con un enfoque basado en los derechos humanos, en todos los sectores de interés para la salud mental y en consonancia con la Convención.

V. REFERENCIAS

- Bertalanfy, L. (1955). General system theory. *Main Currents in Modern Thought*, 11 (03): 75-83.
- Bertalanfy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas. Fundamento, desarrollos y aplicaciones*. FCE: México.
- Cárdenas G., L. *et. al.* (2014). Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso. *Atención Familiar*, 21 (4): 121-125.
- De Domingo Bartolomé, M. & López Guzmán, J., (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, 25 (2): 273-284.
- De Lora, P. & Gascón, M. (2008). *Bioética. Principios, desafíos y debates*. Madrid: Alianza Editorial.
- Díaz Amado, E. (2010). Bioética en Latinoamérica, ¿avanzamos? *Anamnesis. Revista de Bioética*, 4: 2-5.
- Díaz Amado, E. (2013). Los discursos de la bioética en Colombia. *Anamnesis Revista de Bioética*, 8: 15-27.
- Ferrer, U. (2013). Interdisciplinariedad de la Bioética: sus posibilidades y sus límites. *Cuadernos de Bioética*, 81 (24): 265-274.
- Franco, J. (2020). *Diseño de políticas públicas*, 4ª ed., Ciudad de México: editorial IEXE.
- Garrafa, V. (2005). Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética, en Garrafa, V., Kottow, M., & Saada, A. (coord.). *Estatuto epistemológico de la bioética*, Ciudad de México: UNAM, 67-86.

- Garzón, Valdés, E. (1998). ¿Qué puede ofrecer la ética a la medicina? *Isonomía*, núm. 8: 7-28.
- Gelman, O. (2000). ¿Cuándo la investigación científica puede llamarse interdisciplinaria? [Ponencia]. Primer Encuentro "La experiencia interdisciplinaria en la Universidad", México. <https://studylib.es/download/5198771>
- Herranz, A., López de M. & Azcona S. (2015). Influencia del exceso de peso en la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes. *Anales de Pediatría*, 82 (3): 131-138.
- Jiménez Segura, A.(2022). *Guía para la elaboración de políticas institucionales*, Costa Rica: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Kant, I. (2004). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Buenos Aires: Ediciones Libertador.
- Lerin, S. (2007). *Antropología aplicada y salud mental. Una propuesta para el personal de salud que atiende en contextos pluriétnicos*. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Tomo I, Valdivia.
- López Posada, L. M. (2015). Interdisciplinariedad. Una nueva forma de generación de conocimiento. *Mundo Económico y Empresarial*, 6: 27-35.
- Maldonado Gómez, O. (2001). "Interdisciplinariedad en bioética", en Peña, Beatriz (coord). *Cátedra de Sede Manuel Ancizar: Ética y bioética I*, Universidad Nacional de Colombia: Bogotá, 229-238.
- Martínez Miguélez, M. (2008). Perspectiva epistemológica de la bioética. *Revista Selecciones de Bioética*, 14: 34-52.
- Orlandini, S.(2018). Representaciones sociales sobre las prácticas de la psiquiatría y los psiquiatras en la Ciudad de Buenos Aires. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 64 (1): 50-55
- Paoli Bolio, F. J. (2019). Multi, inter y transdisciplinariedad. *Problema. Anuario de Filosofía y Teoría del Derecho*, 13: 347-357.
- Ruiz, R. (2020). Obesidad, la otra pandemia. Un enfoque desde la bioética y el derecho a la no discriminación en México. *Revista Colombiana de Bioética*, 15 (2): 1-17.
- Sánchez, J. & Abellán, F. (2022). Medidas de salud pública y deberes de los ciudadanos. En C. M. Romeo (Dir.). *Manual de bioderecho* (pp.141-168). Madrid: Dykinson.

Vázquez, C. R. (2008). Bioética: principios generales. En SCJN (Comp.). *Derecho y medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI* (pp. 369 y 378). Ciudad de México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Fundación Mexicana para la Salud y Academia Nacional de Medicina de México.

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN LA VEJEZ

Karla Elizabeth Mariscal Ureta, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Querétaro

Israel Covarrubias González, Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Querétaro

RESUMEN

En la vejez, la salud mental es un elemento fundamental que nos permite disminuir los riesgos de deterioros cognitivos tempranos, combatir la depresión, así como gestionar los posibles trastornos de ansiedad producto de los cambios que se experimenta en los diferentes planos de la vida como el aspecto social, laboral, político, afectivo, etc. Así, identificar a qué nos referimos con el término salud mental y cómo habrá de tutelarse dicha cuestión desde el punto de vista sociojurídico nos permite trazar esquemas que, además de conducirnos a la reflexión nos den la oportunidad de construir las bases del envejecimiento digno, activo y saludable, que se traduzca en un aumento de la expectativa de vida en parámetros de calidad y felicidad.

Palabras clave: Adultos mayores. Demencia senil. Depresión. Personas mayores.

ABSTRACT

In old age, mental health is a fundamental factor in reducing the risks of early cognitive decline, combat depression, and managing possible anxiety disorders resulting from the changes experienced in different aspects of life as social, occupational, political, and emotional domains. Identifying the meaning of mental health and understanding how it should be protected from a socio-legal perspective enable us to develop frameworks that not only foster reflection but also lay the foundations for dignified, active, and healthy aging. This, in turn, contributes to an increased life expectancy with enhanced quality of life and well-being.

Keywords: Older adults. Senile dementia. Depression. Seniors.

I. INTRODUCCIÓN.

El artículo 1º de Constitución Federal en México reconoce la obligatoriedad en la protección, promoción y defensa de los derechos humanos de toda persona, así como los principios sobre los que descansa la teoría general de los derechos humanos: universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Del análisis de la teoría de los derechos humanos —la cual se encuentra contenida en las diversas normas, instrumentos y tratados internacionales en materia de derechos humanos— desprende tanto “la obligación general de los Estados de respetar y proteger los derechos humanos de los individuos sujetos a su jurisdicción y como la restricción de la soberanía estatal en atención al principio de respeto y protección de tales derechos”(Del Toro, 2012, p. 66).

Con el reconocimiento de los derechos, se fomenta la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene. Al respecto, en 2012, México consolidó la protección de los derechos humanos para las personas mayores a través de la *Ley de los Derechos para las Personas Adultas Mayores*, como complemento al reconocimiento previo del derecho a la salud en el artículo 4º constitucional. Esto se realizó en plena congruencia con los compromisos internacionales en la materia.

Ahora bien, pese a los esfuerzos legislativos y los criterios judiciales establecidos, aún hay retos para garantizar los derechos de este sector de la población. México ha asumido compromisos internacionales para incluir estos derechos en los planes de desarrollo sostenible. También ha trabajado en la armonización de leyes federales y en la coordinación con distintas instancias para asegurar un presupuesto suficiente. Sin embargo, persisten diversas áreas de oportunidad para hacer estos derechos realmente efectivos.

Por ello, es sumamente prioritario que los enfoques de derechos humanos de las personas mayores, de ciclo de vida, de género y de transversalidad, se constituyan como ejes rectores de la legislación, políticas públicas, planes, programas y cualquier medida dirigida a la población en envejecimiento. En este sentido, es indispensable el diseño de indicadores de cumplimiento que permitan la

identificación de la efectividad del derecho humano a la salud en personas mayores y dentro de ello del derecho a la salud mental.

En este tenor, se analiza el derecho humano a la salud mental de las personas mayores como parte del derecho a la salud. Para ello, se considera la relación entre el envejecimiento cerebral y las problemáticas que enfrenta este sector de la población. Una salud mental deficiente aumenta su vulnerabilidad, lo que resalta la necesidad de abordar este tema de manera integral. A partir de un estudio cualitativo de corte teórico-documental, sostenemos que es fundamental desarrollar una metodología que incorpore aspectos específicos para la tutela de este derecho. El objetivo es minimizar la vulnerabilidad y fortalecer la autonomía de las personas mayores, facilitando así un envejecimiento activo y saludable.

II. EL DERECHO A LA VEJEZ DIGNA

Envejecer puede dar paso a una invalidez parcial o total, que se traduce en la pérdida o disminución de la capacidad de hacer, es el no poder hacer algo que habitualmente se hacía (Piñas, 2015, p. 12). La discusión sobre los derechos de la vejez surgió por circunstancias como el crecimiento demográfico de manera exponencial en los últimos años de personas de sesenta años o más y la composición de un nuevo escenario social en donde la vejez se convierte en una etapa muy larga por la expansión de la expectativa de vida. Las personas adultas mayores integran un grupo o sector heterogéneo y variado. Por el deterioro de alguna de sus capacidades físicas o cognitivas, son consideradas vulnerables. No obstante, según sus condiciones particulares de vida y contexto son más o menos vulnerables.

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha emitido una serie de medidas. Entre ellas destacan: el *Plan Internacional sobre el Envejecimiento de Viena* (1982), los *Principios de Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad* (1991), la *Proclamación sobre el Envejecimiento* (1992), y la *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid* (2002). A través de estas, los Estados

se comprometen a garantizar los derechos humanos y a establecer políticas públicas y acciones en favor de este grupo.

Los derechos de las personas adultas mayores se encuentran contemplados en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948, donde se proclama “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez” Asimismo, se encuentra la *Observaciónn General número 6* del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en 1994, referido a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. El párrafo segundo del artículo 2 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* prohíbe claramente la discriminación, lo cual incluye precisiones sobre etarismo.

Del mismo modo, en el año 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Declaración Política* y el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. En él se destacan tres ámbitos prioritarios: 1) las personas de edad y el desarrollo, 2) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y 3) la creación de un entorno propicio y favorable. Fue la primera vez que los gobiernos han aceptado vincular las cuestiones del envejecimiento a otros marcos del desarrollo social y económico y de los derechos humanos, en particular los convenidos en las conferencias y cumbres celebradas por las Naciones Unidas.

En la *Declaración Política*, objeto del *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* distinguimos, entre otras cuestiones, lo siguiente:

Artículo 2. Celebramos el aumento de la esperanza de vida en muchas regiones del mundo como uno de los mayores logros de la humanidad. Reconocemos que el mundo está experimentando una transformacióón demográfica sin precedentes y que de aquí a 2050 el número de personas de más 60 años aumentara de 600 millones a casi 2.000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10 % a un 21 %. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población de edad se multiplique por cuatro en los próximos 50 años. Esa transformación demográfica planteará a todas nuestras sociedades el reto de aumentar las oportunidades de las personas,

en particular las oportunidades de las personas de edad de aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida (2002). Se otorga especial atención en el riesgo que pueden llegar a manifestar las naciones ante el fenómeno del envejecimiento poblacional, con el aumento de la población mayor de sesenta años de forma considerable para 2050. A partir de la consideración de dichas producciones, se plantean acciones para aumentar las oportunidades de las personas, en particular las oportunidades de las personas de edad para aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida. Así, se busca abonar a que las personas adultas mayores a sesenta años sean, en lo posible, autosuficientes, gocen de los derechos humanos y no constituyan un problema para la sociedad, sino, por el contrario, un eje de desarrollo.

Otros instrumentos que incluyen disposiciones sobre los derechos de las personas adultas mayores, son:

- La Observación General No. 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2018);
- La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, y la Recomendación General No. 27 del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (1979);
- Convenio 111 sobre la discriminación empleo y ocupación (1958);
- Convenio 102 sobre la seguridad social (1952);
- Convenio 128 de la OIT sobre prestaciones de invalidez vejez y sobrevivientes (1967);
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de *Belém do Pará*” (1994).

En el ámbito interamericano, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (1948) establece que, en caso de edad avanzada, las personas tienen derecho a la seguridad social para mantener un nivel de vida adecuado, así como la obligación de los hijos de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando lo necesiten. El artículo 17 del Protocolo Adicional de la *Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos*

Económicos, Sociales y Culturales(1981) determina los derechos de las personas mayores.

Por su parte, en la escena mexicana, los derechos humanos de la población en envejecimiento encuentran protección constitucional en el artículo 1º constitucional. Además, el artículo 4º de la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*(2003) y en la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*(2022) los custodian:

“Artículo 4.- Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto o efecto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades en términos del artículo 1o. constitucional y el artículo 1, párrafo segundo, fracción III de esta Ley”.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, reconoce como derechos humanos de las personas de sesenta años o más, a quienes define como adultas mayores, los siguientes:

- A la integridad, dignidad y de preferencia
- A la certeza jurídica
- A la salud, la alimentación y la familia
- A la educación
- Al trabajo
- A la asistencia social
- A la participación
- De la denuncia popular
- De acceso a los servicios (2022).

Lo anterior, se traduce en que se reconoce su derecho a recibir protección del Estado, las familias y la sociedad para tener acceso a una vida de calidad y libre de violencia. Asimismo, es un derecho recibir un trato digno y apropiado por las autoridades en cualquier proceso jurisdiccional en el que se vean involucrados; a recibir atención preferente para la protección de su patrimonio y a recibir asesoría jurídica gratuita.

La investigación sobre los derechos de la vejez inicia en los años noventa. Desde entonces, la visión sobre el curso de vida se ha modificado. Justo a partir de esos cambios, hemos logrado empezar a ver a la vejez como un derecho, como ese derecho que convierte a las personas mayores en sujetos plenos con posibilidad de preservar su autonomía y buscar un estado de bienestar permanente. Coincidimos con Corujo Rodríguez y De Guzmán Pérez Hernández (2006) que:

la vejez es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento (p. 67).

Sin embargo, es también importante considerar que “el derecho a la vejez, denominado también derecho de la ancianidad es una nueva especialidad transversal, destinada al estudio de la condición jurídica de las personas mayores, de sesenta años y más, en el derecho interno, regional e internacional” (Dabove, 2020, p. 66). En suma, hablar de los derechos de la vejez aporta reconocimiento de los grados de vulnerabilidad que pueden sobrevenir en esta etapa del ciclo de vida y permite darles visibilidad tanto en el ámbito privado como público para una mejor comprensión y tutela.

III. EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud general, como sucede con otros derechos sociales, la obligación estatal de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución, en este caso la salud. Tal protección supone la obligación del Estado de abstenerse de dañar la salud, que es una norma negativa. De la misma manera, hace nacer la obligación positiva de evitar que particulares, grupos o empresas la dañen (Abramovich y Courtis, 2001).

En el caso del derecho a la salud de las personas mayores, debe observarse el principio del trato diferenciado y de atención preferente. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud señala que: “La salud es un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, p. 1). Esta misma determinación se incluye al respecto en la *Ley General de Salud* para México, como señala Martínez Pérez y autores (2018).

[...] en la psicología como en la medicina, está aceptado que hay una marcada variabilidad en la forma de envejecer, tanto en el aspecto físico como psicológico. Hay personas mayores que mantiene su vigor físico, la alegría de vivir, motivaciones diversas y sus capacidades intelectuales hasta avanzada edad, frente a otras que presentan, desmotivación, aislamiento, afecciones severas como la demencia u otras enfermedades (p. 61).

El derecho a la salud es visto hoy como un ámbito integral de bienestar dentro de cual advertimos el deber de:

garantizar que los usuarios reciban la atención sanitaria necesaria para preservar su vida, su integridad y su dignidad y conforme a ello, implicaría la garantía del derecho al diagnóstico, a todo tratamiento necesario para la preservación de la vida, la integridad y la dignidad del usuario, y a la atención de urgencia, siempre que ésta sea requerida (Concuera, et al, 2006, p. 24).

En el caso de las personas mayores, su aplicación es compleja. Hoy se da a partir de dos grandes ramas como la geriatría y la gerontología primordialmente:

[L]a cultura del envejecimiento en los servicios de salud, no solo debe estar destinada a la atención médica de las enfermedades del adulto mayor. Sino también, a la prevención de riesgos psicosociales y la promoción del envejecimiento activo y saludable (Muñoz González, et al, 2018, p. 57).

Por ello, el acceso y la calidad del derecho a la salud en las personas mayores determina mucho su cotidianidad y les puede permitir, cuando es bien abordado, mayores condiciones de autonomía que, al final, desembocan en un estado de bienestar, a pesar incluso de enfermedades, padecimiento o comorbilidades.

IV. LA SALUD MENTAL EN LA VEJEZ

En los últimos años, al disminuir la tasa de natalidad e incrementar la expectativa de vida, nuestras sociedades enfrentan nuevos retos para poder hacer posible un

envejecimiento exitoso frente a la posibilidad del envejecimiento frágil. Existen tres factores con los estereotipos, la discriminación y los prejuicios que encontramos alrededor de la vejez, lo que puede desembocar en un estadio de crisis en la persona mayor.

El envejeciendo exitoso es aquel en el que se trabaja para mantener un equilibrio en emocional (mental), físico y social. Así, tenemos que la salud mental es una condición fundamental para un buen estado de vejez. De manera general podemos ver que:

cuando se llega a la etapa de la vejez se asocia a las personas adultas mayores con estereotipos negativos como la enfermedad, la invalidez e incluso la vulnerabilidad. La familia y la sociedad son factores que condicionan esta situación que predispone al adulto mayor a la depresión y otros desórdenes psicopatológicos (Muñoz González, et al, 2018, p. 50).

Así, advertimos que:

la salud mental de las personas mayores se puede apreciar desde ciertas perspectivas, tanto en la atención primaria de salud, la comunidad y en la generación de políticas sociales que promuevan en envejecimiento activo y saludable, por lo que es necesario el impulso en cada una de estas perspectivas (Muñoz González, et al, 2018, p. 49).

En el caso de la salud mental de las personas mayores, los deterioros pueden ser a causa de los siguientes eventos: envejecimiento en el cerebro, envejecimiento a nivel celular y de sistemas y envejecimiento de sistemas. Como podemos apreciar, no todos envejecemos igual, ni tampoco de manera homogénea, además de que en el curso de la vida no presentamos las mismas características. Por ello, es vital tomar en consideración que mucho impactan en nuestras condiciones de vida en la vejez los siguientes factores:

1. Los procesos psicológicos del envejecimiento
2. Las vivencias y experiencias a lo largo de la vida
3. Los factores contextuales de desenvolvimiento
4. La interacción socio-política
5. Las circunstancias patrimoniales

Se puede decir que “la salud mental de las personas adultas mayores es el sentido de bienestar que mantiene este grupo de edad, en relación con su individualizada, familia, relaciones sociales y la capacidad de adaptación al medio” (Muñoz González, et al, 2018, p. 57). A nivel cognitivo, pueden presentarse con mayor frecuencia tanto la demencia senil como la depresión, en este caso: “el tratamiento de ambas enfermedades requiere primordialmente la atención, cuidado y apoyo familiar con la finalidad de garantizar el bienestar biopsicosocial del adulto mayor” (p. 50).

Se puede estimar que la enfermedad depresiva es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. En el caso de la persona mayor, se puede considerar como una de las patologías de mayor prevalencia, ésta puede ser crónica y recurrente (Corea Del Cid , 2021). En el escenario de las personas mayores podemos advertir que se presenta recurrentemente a partir de vivencias, factores contextuales o herencia genética. No se trata de una enfermedad propia de la vejez; no obstante, puede presentarse en ella a causa de los estereotipos, discriminación o violencia que viven las personas mayores o por las condiciones de vida o el uso de algún medicamento. En contraste, para la demencia, en cada una de sus manifestaciones o tipos, no se advierten causas motivadas por factores socio-emocionales sino más bien se trata de alteraciones en ciertas proteínas. Estas determinan fenotipos clínicos característicos, capaces de ser identificados con la aplicación de criterios diagnósticos.

V. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

La forma cómo se acuña en una sociedad el concepto de vejez determina en mucho la realidad de aquellos que atraviesan por esa etapa en el ciclo de la vida. De manera formal e, incluso, constitucional y legal se pueden establecer pautas para reconocer a las personas adultas mayores como sujetos de derechos humanos. Sin embargo, esto no es suficiente sino se trabaja en el mismo sentido en la cultura y la

educación sobre la percepción de la vejez y sus efectos. Ahora bien, reconocer sus derechos humanos es el primer paso para dar lugar a este proceso.

El reconocimiento de los derechos abre la puerta para una vez digna. Lo anterior se refiere a que:

el adulto mayor se define no solo como una simple categoría biológica o sociológica. El adulto mayor, ante esta denominación deja de ser el anciano visto como un individuo aislado, recluido en el asilo o marginado en el seno familiar, para convertirse, primeramente, en un sujeto social que interactúa entre sus iguales a través de asociaciones o clubes llamados de la tercera edad y en los que se experimentan relaciones de acercamiento, reconocimiento y toma de conciencia de su situación actual.

El concepto de envejecimiento activo y saludable se consolida a partir de la idea de los objetivos de desarrollo sostenible, especialmente del objetivo número 3, que prevé la obligación de generar bienestar para todos a todas las edades. En congruencia, es urgente impulsar el desarrollo de formas amigables, accesibles y diferenciadas para las personas mayores. Foster y Walker (2013) sostienen que el paradigma de envejecimiento activo tiene el potencial de proporcionar un marco político para el desarrollo de estrategias globales, nacionales y locales relacionadas con el aumento de los adultos mayores.

La Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (2015), integró el concepto de envejecimiento activo y saludable como aquel proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. Se destaca también que el concepto de envejecimiento activo y saludable se puede aplicar tanto a individuos como a grupos de población.

El concepto de envejecimiento activo y saludable, presenta la necesidad de preservar la autonomía necesaria para seguir tomando decisiones mientras se

tenga capacidad para ello y favorece un sentimiento de valía y autoestima en el adulto mayor, para ello debe de protegerse la condición de posibilidad de todo proceso personal, desde luego la salud física como mental.

Ahora bien, para generar condiciones que posibiliten el envejecimiento activo y saludable, es óptimo que se plantee como una posibilidad que requiere una estrategia que lo vuelva realidad y que tiene que ver con atender lo más pronto posible de forma individual como social las siguientes cuestiones: alimentación saludable, actividad física, cuidados corporales, buena calidad del sueño, relaciones sexuales sanas, actividad mental constante, desarrollo humano y profesional, prevención de accidentes, consumo moderado de alimentos y bebidas, erradicación de conductas como el tabaquismo, vacunas, revisiones y cuidados médicos periódicos. Además de aspectos como la vigencia laboral y las relaciones sociales activas y permanentes.

VI. CONCLUSIONES

Con base en lo anterior, es importante señalar que todas las observaciones y avances en la comprensión del proceso de envejecimiento son aún insuficientes. Especialmente, faltan estudios en los respectivo al tema de la diferenciación entre el envejecimiento cerebral normal del patológico. Advertimos que, en el tema de la salud mental, los padecimientos tienen que ver con la funcionalidad de cada individuo y las afectaciones determinan la calidad de la vejez. Existen personas con gran deterioro del funcionamiento de su cerebro, con bajo impacto en su funcionalidad y viceversa. Lo anterior pone en evidencia que aún existe desconocimiento de los procesos de envejecimiento y sus resultados finales.

Enfermedades frecuentes en el segmento de las personas mayores como la demencia y la depresión requieren atención especial y promoción. En muchos casos, la oportunidad del abordaje y la efectividad del mismo influyen en la calidad de la vejez. Al respecto, las formas de tutela y procuración del derecho a la salud para personas mayores tienen mucha relación con la concepción social y jurídica a las personas en este rango etario. Por ello, el reconocimiento de sus derechos, la promoción y la defensa son determinantes en el alcance del contenido esencial .El

acceso al diagnóstico oportuno y veraz, el tratamiento adecuado (el cual incluye infraestructura requerida, medicamento y trato digno, diferenciado y especial), acceso a la información clínica y a condiciones de atención oportuna son parte del derecho a la salud que constitucionalmente en México y a nivel convencional se encuentran reconocidas, pero aún en vías de efectivización.

VII. REFERENCIAS

- Abramovich, V., & Courtis, C. (2001). El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible. *La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo*, 65(119).
- Corcuera, R., Hidalgo, et al. (2006). *Exigibilidad del derecho a la salud. Acceso a la atención, tratamiento e insumos en salud sexual y reproductiva y VIH-SIDA*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud.
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Honduras*, 89(Supl. 1).
- Corujo Rodríguez, E., & De Guzmán Pérez Hernández, D. (2006). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En *Tratado de Geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2019). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista Neuropsiquiatría*, 81(4).
- Del Toro Huerta, M. I. (2012). *La Declaración de Derechos Humanos: Un texto multidimensional*. CCNDH.
- Foster, L., & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*.
- García Ramírez, J. C. (2006). *Los derechos y los años*. PLAZA Y VALDÉS EDITORES.
- Dabove, M. I. (2020). *Derecho a la vejez, principios y alcance*. Communio.
- Martínez Pérez, T. de J., et al. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), febrero. Universidad Carlos Rafael Rodríguez Cienfuegos.
- Muñoz González, D. A., Cámara Góngora, M. G., & Quintanal López, R. I. (2018). Modelos de atención en salud mental para adultos mayores con trastornos psicopatológicos: Demencia y depresión. *Investigación*, 13, diciembre-mayo.
- Piñas, A. (2015). Antropología del envejecimiento: El respeto a la autonomía del mayor. Mejorar el cuidado mediante la bioética narrativa. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 12.

La Salud Mental de las Personas Privadas de la Libertad como elemento indispensable de la Reinserción Social en los Centros Penitenciarios del Estado de Querétaro

Nalleli González Torres¹

Izarely Rosillo Pantoja²

Celia Cecilia Guerra Urbiola³

RESUMEN

Previo a la Reforma Constitucional del Sistema Penal en el año 2008, se concebía a la persona privada de la libertad como un inadaptado. Lo anterior en atención a que, al delinquir, rechazaba los valores sociales y debía ser readaptado para poder vivir en sociedad. Sin embargo, a partir de la citada modificación a nuestra Carta Magna, se reemplazó el término de “readaptación” por el de “reinserción”.

La finalidad principal de la reinserción social es encauzar al individuo para que este se haga responsable de sus actos hacia la sociedad y hacia él mismo; por lo que parte de su tratamiento consiste en conocer sus obligaciones y reconocer su condición delictiva. Sin embargo, en todo este proceso de inspección, es necesario brindarle al individuo los medios necesarios para proteger su salud mental, ya que esta forma una parte integral del bienestar humano.

¹ Actualmente estudiante de noveno semestre de la Licenciatura en Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro

² Doctora en Derecho, profesora investigadora de tiempo completo y representante del Cuerpo Académico “Identities, Medio Ambiente y Justicia en Contextos Democráticos UAQ-CA-143) de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro. Perfil deseable PRODEP y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I.

³ Docente de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro, Doctora en Educación, Miembro supernumerario y Coordinadora Académica de la Academia Mexicana de Derecho Internacional Privado y Comparado A.C., así como Coordinadora del programa de Atención a personas en condición de refugio que requieran asistencia y orientación.

La finalidad de este trabajo es dar a conocer la importancia de la salud mental en el proceso de reinserción social de las personas privadas de la libertad. Así mismo, pretende garantizar el derecho a saber y entender respecto de cuáles son los factores que obstaculizan una eficiente reinserción del individuo a la sociedad. Se abordarán los ejes de reinserción social en Querétaro y se analizará la Estrategia de Reinserción Social y Promoción de Comportamientos Resilientes para el Estado de Querétaro, lo anterior para analizar la posibilidad de la implementación del acceso a la salud mental como una línea estratégica de la reinserción social, esto para que la atención y el acceso a la salud mental no sólo sean un servicio que el Estado garantice para las personas que se encuentran privadas de la libertad, sino que conformen una parte integral en la evolución de su reinserción social. Esta problemática está vinculada con la promoción y protección de los Derechos Humanos, por lo que sería necesario que, para promover el bienestar humano, se procure el acceso a la salud mental y se instaure como un eje sobre el cual vierta la reinserción social.

Palabras clave: reinserción social, readaptación social, reforma constitucional, salud mental, ejes, sistema penitenciario, plan estratégico, derechos humanos, reincidencia

ABSTRACT

Throughout history, humankind has perceived convicts as social misfits responsible for crimes committed against societal values. It has been widely believed that individuals who engage in criminal activities must be compelled to readapt in order to reintegrate into society. However, following the Penal Reform of 2008, the Mexican state shifted its approach from "social readaptation" to "social reintegration" for legally sentenced convicts within the judicial system. This shift recognizes social reintegration as a public policy tool aimed at providing the necessary guidance for individuals to acknowledge their responsibility for their crimes, including the consequences for both society and themselves.

To achieve this goal, convicts must have access to all possible resources, with mental health being an essential component of this introspective process. This study aims to highlight the crucial role of mental health in social reintegration programs.

Additionally, it seeks to provide readers with a comprehensive understanding of the various factors that hinder the effective reintegration of convicts into society. Consequently, this research analyzes the "Guiding Principles for Social Reintegration" in Querétaro, as well as the "Social Reintegration Strategy and Promotion of Resilient Behaviors in the State of Querétaro," to determine whether access to mental health services should be implemented as a core axis of social reintegration. This would not only guarantee mental health services but also incorporate mental health as an integral component of the reintegration process. This issue is strongly linked to the promotion and protection of human rights. Therefore, to enhance human well-being, it is essential to ensure equal access to mental health services and establish them as a fundamental pillar of social reintegration efforts.

Keywords: social reintegration, social readaptation, constitutional reform, mental health, axes, penitentiary system, strategic plan, human rights, recidivism

I. INTRODUCCIÓN

Previo a la Reforma Constitucional del Sistema Penal en el año 2008, se concebía a la persona privada de la libertad como un inadaptado, atendiendo a que este al delinquir, rechazaba los valores sociales y debía ser readaptado para poder vivir en sociedad, sin embargo, a partir de la citada modificación a nuestra Carta Magna se reemplazó el alcance y concepto de readaptación por el de reinserción. El objetivo principal de la reinserción social es encauzar al individuo para que este se haga responsable de sus actos hacia la sociedad y hacia él mismo; por lo que parte de su tratamiento consiste en conocer sus obligaciones y reconocer su "culpa". Sin embargo, en todo este proceso de inspección es necesario brindarles a las personas privadas de la libertad los medios necesarios para proteger su salud mental, ya que esta forma una parte integral del bienestar humano. Este trabajo contextualiza el tema de la salud mental como parte de la evolución de la reinserción social de las personas privadas de la libertad y su importancia.

Se abordará el tema de las líneas estratégicas de reinserción social en Querétaro y se analizará la Estrategia de Reinserción Social y Promoción de

Comportamientos Resilientes del Estado de Querétaro con el objeto de hacer notar la necesidad de implementar del acceso a la salud mental como un eje de la reinserción social; para que la atención y el acceso a la salud mental no sólo sean un servicio que el Estado garantiza para los individuos que se encuentran privados de la libertad, sino que conformen una parte integral de su proceso de reinserción social. Esta problemática está vinculada con la promoción y protección de los Derechos Humanos, por lo que sería necesario que para promover el bienestar humano se procure el acceso a la salud mental y se instaure como un eje sobre el cual vierte la reinserción social.

1. La salud mental y la reinserción en el contexto internacional

La Reinserción Social ha estado presente a través de la historia, hablando tanto de un ámbito internacional como del ámbito a nivel nacional. La ineficiente reinserción social es una problemática que interfiere con el pleno desarrollo de varios Derechos Humanos (DDHH) y es un factor clave en la reincidencia del individuo que ha estado en prisión, así mismo, esta problemática influye en el desarrollo social de un país y en la seguridad a nivel nacional. Además, una ineficiente reintegración social del individuo, implica que se perjudique a la persona en varios aspectos, entre ellos, la marginación que sufre una persona que estuvo privada de la libertad por parte de la sociedad debido a que este se vuelve ajeno a ella al momento de entrar y de salir de prisión; siendo otra de las repercusiones y una de las más importantes, así como el motivo de esta investigación, la falta de acceso a la salud mental de las Personas Privadas de la Libertad (PPL). La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe a la salud no sólo como aquel estado carente de afecciones o enfermedades, sino como bienestar físico, mental y social de manera conjunta. (Official Records of the World Health Organization, No 2, p. 100)

Este concepto, fue utilizado por primera vez en Nueva York en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la conferencia Sanitaria Internacional, la cual fue celebrada del 19 de junio al 22 de julio del año 1946, dicha definición se ha mantenido vigente desde el año 1948 hasta el día de hoy.

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 relativa a la carga mundial de trastornos mentales, resolución que impulsó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030. El Plan de Acción sobre Salud Mental pretende hacer evidente la importancia de la salud mental y la necesidad de la atención sanitaria para erradicar la discriminación y las barreras a las cuales se enfrentan las personas afectadas por su falta de atención, por lo cual su finalidad principal se concentra en aumentar la inversión de capital destinado a la salud mental para poder promover el estado de bienestar mental, así como prevenir los trastornos mentales e implementar planes para reducir los índices de mortalidad en personas con trastornos mentales. (OMS 2020)

En el año 2015, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) emitió la Agenda 2030, la cual, de acuerdo con el Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED), es un plan mundial en pro de: *“las personas, el planeta y la prosperidad...”* (INAFED 2017).

Dicha Agenda se basa en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales pretenden promover el desarrollo social y económico sostenible a nivel mundial. Por ende, dicho documento plantea los objetivos universales que pretenden preservar al planeta, erradicar la pobreza y garantizar la paz y el bienestar para todos los seres humanos. Dichos objetivos deberán cumplirse para el año 2030 y están basados en las Metas del Milenio, estos incluyen nuevos rubros a trabajar como lo son el cambio climático, la desigualdad económica, la justicia, la innovación, el consumo sustentable y la paz mundial, en el cual se vincula la pobreza con el crecimiento de la violencia en el entorno comunitario y familiar. En el objetivo 3 sobre Salud y Bienestar, se plantean estrategias para poder aplicar una salud integral que incluya la salud mental y que erradique que no solo las personas con mayor poder adquisitivo tengan el acceso a este derecho humano, por ello se visualiza como una gran oportunidad para garantizar el acceso a personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. La pobreza y los trastornos mentales tienen una relación estrecha, toda vez que la falta de acceso a los alimentos, vivienda, educación y servicios básicos incrementa el riesgo de adversidades sociales que ponen en evidencia posibles trastornos mentales como la depresión, ansiedad,

esquizofrenia, suicidios, violencia intrafamiliar, entre otros. Por lo anterior, impulsar el cumplimiento de la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 y el Plan de Acción sobre Salud Mental es una oportunidad para garantizar de forma integral el derecho a la salud y atender a lo que la pandemia mundial por el COVID-19 puso en evidencia, la salud mental es tan importante como lo es la salud física. (Rosillo 2024) Así mismo, desde el año 1955 se comenzó a hablar sobre las condiciones mínimas para el internamiento de las PPL; culminando en la celebración del 18 de julio como el Día Internacional de Nelson Mandela, el cual principalmente pretende promover las condiciones dignas de internamiento, así como concientizar a las personas sobre el hecho de que las PPL siguen siendo integrantes de la sociedad. A partir de este antecedente fue que en el año 2015 la ONU, mediante la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), fijó las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, dentro de estos parámetros se estableció como responsabilidad del Estado el garantizar el acceso indiscriminado a los servicios de atención médica; la promoción y mejora de la salud (tanto física como mental) de las PPL; el cumplimiento a los principios rectores de la medicina como lo son el consentimiento informado, la confidencialidad, la continuidad en el cuidado, entre otros; así como la incorporación de los primeros auxilios y servicios de atención a las necesidades psicológicas de las PPL.

1. La resocialización de la enseñanza y aprendizaje en la Sentencia T-851

En 1948 fue proclamada la Declaración Universal de Derechos Humanos, documento histórico en el desarrollo de los derechos humanos, incentivado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en esta, se estipularon cuáles son los 30 DDHH fundamentales que deben de ser protegidos por los gobiernos de cada país. Cabe señalar que, esta fue la primera vez en la historia que se decretaron los derechos humanos fundamentales y se instauró que estos deben de ser protegidos por todo el mundo. Por su parte, en junio de 1993, se celebró la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, donde 171 Estados aprobaron la Declaración y Programa de Acción de Viena (Austria) para fortalecer e impulsar la aplicación de los derechos humanos establecidos en 1948, con base al diálogo y a la cooperación. Por otro

lado, México, al formar parte de la Organización de las Naciones Unidas reconoce de manera expresa y se obliga a cumplir con los documentos celebrados ante la misma. En septiembre del 2004, la Corte Constitucional de la oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH, dictó la Sentencia T-851 (Carácter resocializador de la enseñanza y el aprendizaje) y en la página 38 se decretó que el trabajo y la educación son de gran importancia para las PPL, ya que estas pretenden brindarle los medios necesarios para lograr la resocialización que persiguen las medidas disciplinarias o correctivas. También hace mención al hecho de que ningún sistema penitenciario debe estar orientado al castigo, se debe procurar lograr una corrección a fondo que le permita a las PPL poder readaptarse a la sociedad.

Así mismo, antecediendo a dicha sentencia, la sentencia T-153/98, dispone que la resocialización, es más que preponderar valores determinados a las PPL, pues se considera como imprescindible el brindarles los medios necesarios para su desarrollo, considerando, que estos poseen autodeterminación, para que, de manera individual, busquen su propia reinserción al tejido social comunitario. Es de suma importancia esta perspectiva, pues contempla la dignidad de las PPL ante la obligación del Estado por dotarlo de las herramientas indispensables para lograr su resocialización; así como los diversos numerales del Código Penal que disponen los parámetros referentes a las particularidades que deben tener en su alojamiento, sus derechos laborales, educativos y de salud, así como sus derechos de información y vinculación en el exterior, recibiendo visitas de su familia o seres queridos, o de atención social, etc. En otras palabras, la autodeterminación de la persona es el principio rector de la resocialización de los individuos privados de la libertad; por la cual, cada persona podrá desarrollarse en educación, sanidad, trabajo, convivencias en el reclusorio o con el exterior, etc. En este sentido, es el Estado el encargado de brindar las condiciones dignas de desarrollo de la persona; no enfocándose en la imposición de una ética rígida de conducta, sino en aquellos elementos contextuales que permitan el desarrollo de la dignidad de todas las PPL. (Tercera Sala de Revisión, Sentencia T-153/98, 1998). En este mismo sentido, de acuerdo con el Principio de Resocialización y la Inhabilitación Permanente,

desarrollado por el investigador Julio Rodríguez Vázquez, la resocialización de las personas privadas de la libertad está compuesta por tres elementos o principios: 1) principio de reeducación, 2) principio de rehabilitación y 3) principio de reincorporación. (Urias, 2011, p. 44).

Lo anterior contempla a la privación de la libertad no con un sentido estricto de castigo social, sino como la oportunidad para la reivindicación social a través de la resocialización de la persona. Además, de acuerdo con Rodríguez Vázquez, el carácter resocializador de la pena implica que el sujeto privado de la libertad pasa por un proceso de rehabilitación mediante el cual: “se reeduca, reincorpora y, finalmente, se rehabilita al condenado” (Rodríguez, 2011, p. 7).

Por otro lado, de acuerdo con el mismo autor, dentro de las funciones de la pena, se reconoce que esta debe estar acompañada de medios que posibiliten la libre participación de la PPL en la vida en sociedad y que, para esto, se le ofrezca al individuo una elección ante el comportamiento criminal. Es decir, el aislamiento y rechazo social pueden ser agravantes de las conductas no deseadas en sociedad; por lo que contextualizar a las PPL en la participación social es de suma importancia para su rehabilitación considerando además que la alternativa ofrecida en contraste al comportamiento criminal, debe de estar acompañada de la reeducación de las conductas deseadas en sociedad-comunidad, y con un sentido de pertenencia en el que se sientan parte de la misma sociedad. En concatenación a lo previamente expuesto, el autor establece que uno de los objetivos de la resocialización de la pena es que, en la medida de lo posible, se impidan las repercusiones negativas de la prisión en el individuo y se le posibilite el optar por: “...*un camino distinto al de la criminalidad.*” (Rodríguez, 2011, p. 10)

Así, del análisis derivado tanto de los extractos de ambas sentencias como del artículo podemos inferir que la pena de prisión que se le impone al individuo no es con el mero fin de castigarlo, sino con la finalidad de brindarle las herramientas indispensables para que este pueda reintegrarse a la sociedad, de ahí la importancia y el impacto que ha tenido el cambio del término de readaptación por el de reinserción social, no sólo en cuanto al término, sino que esta figura en el modelo penitenciario trae consigo el fomento al respeto de los DDHH para alcanzar una

eficiente reinserción, evitar la reincidencia y el concepto de beneficio como parte de la organización del sistema penitenciario.

II. SISTEMA PENITENCIARIO EN MÉXICO PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL

El sistema penitenciario en México está consagrado en el artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), considerando, para su organización, el sentido de respeto a los DDHH, de los cuales, los derechos laborales, de autodeterminación, educación, salud y deporte, son los elementos mínimos indispensables para lograr una eficiente reinserción de las personas privadas de la libertad a la sociedad. Aunado a lo anterior, se tiene como principal propósito que, a partir de la observación de todos estos vectores sobre los cuales versa la reinserción social, se beneficie directamente al sujeto para que este no vuelva a delinquir. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2023, p. 20)

El sistema penitenciario mexicano tiene como su base fundamental la reinserción de las personas internadas; considerando aspectos contextuales como lo son la educación, la salud y el deporte vistos como medios para lograr el fin. Cabe señalar que, anteriormente se utilizaba el término de readaptación social, el cual, de acuerdo con el Diccionario Jurídico mexicano, donde la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) estableció en el año 1994 que dicho término designa una reintegración o repetición, mientras que adaptación; es la acción y el efecto de adaptar o adaptarse.

A su vez, la Enciclopedia del Derecho (3024) define como readaptación social el acto de volver a hacer a un individuo; considerando que se es apto para vivir en la sociedad, y se presupone que, el individuo se encontraba adaptado, pero por alguna razón o circunstancia, el individuo se desadaptó, generando una violación a un deber jurídico-penal y moral, lo que genera, por tanto, la desadaptación social. Sin embargo, otra perspectiva es que se puede considerar que el “delincuente” nunca se encontró adaptado, puesto que por alguna razón o circunstancia no puede adaptarse y, por lo tanto, es imposible readaptarlo. De lo anterior, cabe mencionar que la comisión de delitos no significa *a fortiori* que exista una desadaptación social, toda vez que existen individuos que se encuentran desadaptados y no violentan el

ordenamiento penal; es decir, los tipos penales no describen las conductas de seria desadaptación social, considerando además que, existen múltiples conductas que denotan la desadaptación social y no se encuentran tipificadas.(Enciclopedia del Derecho, 2014).

En otras palabras, el lenguaje ha tomado un papel fundamental en el que invisibiliza o abona a la dignidad de las personas. Por lo cual, el legislador mexicano se pudo percatar de la problemática material de basar el sistema penitenciario en la readaptación social, pues esto desvirtúa a la persona del hecho y de su propio contexto social. En este sentido, previo a la reforma constitucional del año 2008, al emplear el término de readaptación social, concebíamos a las personas privadas de la libertad como inadaptados y creíamos que al momento de delinquir el individuo rechazaba los valores sociales. Por lo tanto, este debía ser readaptado para vivir en sociedad. Sin embargo, después de que se realizara dicha reforma se cambió el término de readaptación por el término de reinserción social; considerando una reivindicación en el discurso de los derechos humanos, así como a la protección de la dignidad de las personas. Fue entonces que, a partir de dicho cambio, empezamos a hacer referencia hacia la libertad de decisión que tienen las PPL cuando salen de prisión, con base en la cual este decidirá si reincide o no. La readaptación va encaminada a los valores sociales hacia los que el sujeto sentía un rechazo y hacia donde se buscaba reinsertarlo, en cambio, la reinserción busca volver a encauzar a las personas que alguna vez fueron privadas de la libertad. Para Jorge Ojeda Velásquez, en la obra *La Reinserción Social y Función de la Pena*, el autor define que el comportamiento de un infractor de la ley es la consecuencia de un desequilibrio social por el cual pasa el individuo y que este desajuste es una reacción a los esquemas y valores sociales que el individuo no ha logrado aceptar o asimilar, por lo que considera que la reinserción debe encaminarse a que la persona se haga responsable de sus actos hacia la sociedad y de él mismo; por lo que, para esto, debe de conocer sus obligaciones y es necesario que reconozca su culpa y sus errores cometidos en el pasado; esto es, la reeducación. Por otra parte, el mismo autor establece como el principal objetivo de la reinserción el “encauzar” al individuo. (Ojeda, 2012, p. 70)

Es decir, toda vez que es necesario que este se haga responsable de sus actos hacia la sociedad y hacia él mismo; por lo que parte de su tratamiento consiste en conocer sus obligaciones y reconocer su “actuar”. Sin embargo, en todo este proceso de inspección, es necesario brindarle al individuo los medios para proteger su salud mental, ya que esta forma una parte integral del bienestar humano. A la par de la reforma constitucional del 2008, fue que en este mismo año, México y Estados Unidos de América firmaron la Carta de Acuerdo sobre la Iniciativa Mérida, la cual, pretendía institucionalizar la capacidad para procurar el Estado de Derecho mediante la asistencia a las prisiones mexicanas para obtener acreditaciones a nivel internacional; por lo que desde el año 2011, diversas instituciones federales y estatales han logrado obtener la acreditación internacional de la Asociación Americana de Correccionales (AAC). Lo anterior, pone en manifiesto la importancia de tener parámetros mínimos internacionales en la materialización de los derechos humanos para los individuos privados de la libertad, siendo, las prisiones un elemento contextual para la reinserción de las personas, y por tanto, las condiciones de estas determinarán la eficacia del sistema penitenciario e influirá directamente tanto en la reintegración de los individuos a la sociedad como en los índices de reincidencia. Por lo anterior, la obtención de la acreditación internacional significa que las prisiones son aptas para quienes se encuentran en internamiento y que también ellos viven en condiciones adecuadas, además, el hecho de vivir en condiciones dignas significa que se están respetando sus derechos humanos. Es así que la AAC cuenta con 138 esquemas internacionales centrales de los cuales 39 estándares son inapelables. Los 138 rubros se dividen en siete áreas (principales) o vectores, cada una de ellas tiene metas y resultados que se pueden medir con base a la seguridad, la protección, el orden, el cuidado, los programas y actividades, la administración y gestión de los centros y la justicia. (Subsecretaría del Sistema Penitenciario, CDMX, 2024).

Dichos estándares están compuestos por parámetros que marcan un mínimo de atención de calidad, la cual debe atender a los servicios brindados por la autoridad penitenciaria. El proceso de acreditación ante la AAC se divide en dos fases: Primera Fase: consta de un recorrido por las instalaciones para determinar la

calidad de su operación interna, su infraestructura y el manejo de políticas a nivel interno. Segunda Fase: consta de una revisión para verificar los estándares de cumplimiento, dicha revisión toma en consideración los aspectos relativos a la seguridad, administración y gestión, así como a las actividades y programas de salud y cuidados implementados en los centros. (Líder Empresarial, 2022)

Fue hasta el año 2020, casi una década a partir de que los centros penitenciarios comenzaron a adquirir dicha acreditación internacional, que los centros penitenciarios identificados como Centro Penitenciario CP3 de San Juan del Río, el CP 4 de Jalpan de Serra y el Centro de Internamiento y Ejecución de Medidas para Adolescentes obtuvieron dicha certificación, lo cual marcó un antecedente para el Estado de Querétaro. (Comisión para la Evaluación del Sistema Cosmos, 2020)

Para enero del año 2021, la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro (CESPQ) recibió una auditoría final para corroborar que se le estuviera dando cumplimiento a los estándares internacionales centrales, dentro de los cuales se evalúa, entre otros aspectos, las consideraciones de seguridad y protección, así como el orden y el cuidado; donde, se llevarán a cabo programas y actividades que busquen la justicia; y la administración y gestión de la institución se lleve a cabo a través de un ejercicio de autoevaluación, con entrevistas del personal operativo y las PPL; además, se pretende inspeccionar las operaciones diarias y recorrer todas las instalaciones. (Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, 2021)

Al día de hoy, el Sistema Penitenciario de Querétaro tiene la totalidad de sus centros, así como una oficina central, todos acreditados por la AAC, a su vez, el modelo de trabajo de la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro cumple con los estándares internacionales bajo la protección de los derechos humanos, así como la promoción de una reinserción social eficaz. (Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, 2024) Finalmente, aún y cuando se considera a los DDHH como la base de la organización del sistema penitenciario en nuestro país, nuestra Constitución no contempla a la salud mental como parte de los vectores que rigen al sistema penitenciario. No obstante, el artículo 34 de la Ley Nacional de Ejecución Penal menciona que, para brindar la atención psicológica o

psiquiátrica se requiere de personal certificado en el centro, o al menos, que algún profesional externo se encuentre adscrito a los Centros Penitenciarios, del cual, se dependa del Sistema Nacional de Salud. La ley establece que aún y cuando hay servicios de atención psicológica y psiquiátrica en caso de crisis, esta atención no forma una parte integral del tratamiento de reinserción social. Por lo que es un área de oportunidad y una deuda histórica para las personas en condición de privación de la libertad; y, además, cabe mencionar que se debe considerar como parte del enfoque de salud del sistema penitenciario mexicano; y como parte fundamental en la rehabilitación de las personas (Ley Nacional de Ejecución Penal).

III. LEY NACIONAL DE EJECUCIÓN PENAL

En el Plan Nacional del Desarrollo 2019-2024 se establece que en términos de seguridad pública tiene aplicabilidad la ejecución penal, además, en dicho plan se reconocen las deficiencias de nuestro sistema penal, representando un multiplicador de la criminalidad, ya que se ha perdido el “carácter disuasorio del castigo” (Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024)

Así como, la inseguridad, la delincuencia y la violencia, pues se considera que, los costos son incalculables, ya que representa el vínculo con vidas humanas y bienes materiales que pudieran ser necesarios para la subsistencia de las personas; aunado a ello, la gobernabilidad y la cohesión social impiden el crecimiento económico, considerando además que no se posee la confianza de la población en los barrios, municipios, estados y país. Por ello, la estrategia de seguridad, en muchas de las ocasiones, no han podido resolver los problemas agudos de la población. El nuevo paradigma de paz y seguridad que se propone, y el cual, se ha descrito con anterioridad; plantea restarle a la criminalidad la incorporación de jóvenes, en este sentido, se busca apartarlos de conductas antisociales mediante el trabajo o el deporte; aunado a ello, se busca evitar el conflicto, como por ejemplo la llamada ‘guerra contra las drogas’, considerando recuperar el tejido social de las comunidades, antes que el confrontamiento con grupos de la delincuencia organizada. Se busca, también, la prevención y el

tratamiento a las adicciones, considerando garantías de no repetición y aspectos de reconciliación nacional. En este sentido, fue promulgada la reforma constitucional que permite a la Guardia Nacional, ser agentes de paz y bienestar en todo el territorio (Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024).

Los fenómenos de inseguridad, delincuencia y violencia tienen consecuencias materiales como afectaciones económicas, en la cohesión social o en la gobernabilidad del Estado. En consecuencia, se ha establecido un nuevo paradigma en la atención de la problemática de seguridad en el presente gobierno; teniendo como base fundamental la paz y seguridad desde las alternativas contextuales a las conductas delictivas y antisociales; como, por ejemplo: el estudio y el trabajo en jóvenes, o la prevención de las adicciones.

El cambio de paradigma recae en dejar de ver el sistema de seguridad como un sistema sancionador; y más como una alternativa en la prevención de conductas antisociales. Así mismo, a través de dicho Plan se pretende recuperar y dignificar a las cárceles, dentro de las estrategias mencionan tanto la implementación de mecanismos de supervisión externa, como las condiciones dignas de alojamiento, salud y alimentación y se reconoce que no pueden impulsar la reinserción si se tiene a las personas en internamiento en un ambiente cruel. En este sentido, de acuerdo con el numeral 72 de la Ley Nacional de Ejecución Penal, donde se establecen las bases de su organización, siendo estas, el respeto a los DDHH, el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte. Aunado a lo anterior, el artículo 34 del mismo ordenamiento dispone como indispensable la coordinación de la Autoridad Penitenciaria con las Instituciones Públicas adscritas al Sistema Nacional de Salud, esto, para que se garantice el acceso al primer nivel de atención médica; a su vez, dispone que los servicios de atención deberán ser prestados por personal certificado (Ley Nacional de Ejecución Penal, 2023).

Por otra parte, en enero del año 2022, el Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano, presentó una iniciativa de reforma al contenido de la Ley Nacional de Ejecución Penal, a fin de proveer las garantías necesarias para alcanzar una eficiente reinserción social y promover la salud mental del individuo privado de la libertad. Esta propuesta reconoce como derechos fundamentales a los siguientes:

el derecho a acceder a los servicios médicos de prevención y cuidado que promuevan el bienestar físico y emocional; el derecho a recibir un trato digno dentro del centro penitenciario; y el derecho a la no discriminación por cuestiones de salud física, mental o emocional (Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano, 2022).

Así mismo, proponen que en cada centro penitenciario debe haber, por lo menos, tres médicos responsables y dos psicólogos y reconocen la necesidad de colaboración entre la autoridad penitenciaria y diversas instituciones educativas como lo son el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos y la Secretaría de Educación Pública, para garantizar la educación durante y después del cumplimiento de la pena. En lo que se refiere al ámbito laboral, las personas que fueron privadas de la libertad podrán solicitar que se les incluya de manera gratuita en la capacitación para el trabajo. Por otro lado, reconoce la obligación que tiene la autoridad para brindar servicios de atención integral y programas de apoyo psicológico, así como la creación de centros de servicios post-penales.

Dentro de la exposición de motivos de la iniciativa, se señalan que, de acuerdo con el Censo Nacional del Sistema Penitenciario Federal y Estatales 2021 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), el 92.3 % de las personas privadas de la libertad se encontraban internadas en centros estatales y el 7.7 % en centros federales; por otro lado, el Instituto de Reinserción Social de la CDMX informó que sólo el 5 % de las personas que son puestas en libertad consiguen un empleo, siendo el 20 % de estos empleos informales, resultando esta una cifra preocupante. Finalmente, dicha iniciativa concluye con enfatizar la latente obligación del Estado de brindar atención y un tratamiento digno a las PPL; que promueva y garantice sus derechos humanos (Cámara de Diputados, Boletín No. 0881, 2021).

Por su parte, la Tesis P./J. 31/2013 habla del alcance de la reinserción social del sentenciado, conforme a lo dispuesto por el artículo 18 de la CPEUM, la cual establece que quien no se encuentra correctamente integrado a la sociedad puede llegar a cometer un acto delictivo y que para su reinserción deben preverse diversas actividades que le permitan a las personas privadas de la libertad reintegrarse a la sociedad (Tesis P./J. 31/2013, 2013, p. 124).

Sin embargo, los fenómenos de violencia, inseguridad, delincuencia o cualquier hecho delictivo son consecuencia de la desintegración de la sociedad; del contexto de las personas, que muchas veces se ve vulnerado por falta de oportunidades o garantías a sus derechos humanos. Por lo que el sistema que pretende subsanar las deficiencias del sistema social no puede resolver con aquello que falló en primera instancia: la desintegración social. Así, el sistema penitenciario tendrá como base fundamental el regreso de las PPL a la sociedad.

IV. LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD COMO ELEMENTO INDISPENSABLE DE LA REINSERCIÓN SOCIAL EN EL ESTADO DE QUERÉTARO

En julio del año 2017, a partir de la reforma a la base normativa de la organización penitenciaria del Estado de Querétaro, como parte de la exposición de motivos de la Ley que crea la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, se reconoce la obligación de organizar el sistema penal con base al respeto a los DDHH, el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud, la cultura y el deporte; lo anterior, para poder lograr la reinserción del individuo y con esto, evitar una futura reincidencia. En relación a ello, fue que se decretó la creación de la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, la cual tiene como objeto operar el Sistema Penitenciario Estatal y promover la reinserción social para evitar que aquel que fue privado de su libertad reincida en un futuro.

Los ejes del Sistema Penitenciario en Querétaro son: 1) Profesionalización-consistente en la capacitación para los operadores del modelo penitenciario a través de la enseñanza del modelo COSMOS y el Sistema Penitenciario, aplicación de normatividad y procedimientos de manera sistemática; 2) Marco Jurídico-artículo 18 de la CPEUM, la Ley Nacional de Ejecución Penal, la Constitución Política del Estado de Querétaro y las normas de carácter internacional aplicables a la materia. Este eje pretende que el actuar de los operadores sea apegado a derecho, para así brindarle seguridad y certeza jurídica al gobernado; 3) Desarrollo de Tecnologías-Promueve la seguridad y disciplina para proteger los derechos humanos de todo

aquel que coexiste en la prisión; y 4) Desarrollo de Infraestructuras-promueve las condiciones dignas, seguras y eficaces dentro de las instalaciones. En este sentido, el 18 de octubre del año 2018, se publica la Ley que crea la Comisión para la Evaluación de la Operación del Sistema de Justicia Penal Acusatorio del Estado de Querétaro, “COSMOS”; la Comisión Cosmos está integrada por el Gobernador del Estado de Querétaro; un representante del Poder Legislativo y un representante del Poder Judicial; la Defensoría de Derechos Humanos y el Fiscal General del Estado; el Secretario de Gobierno; así como el Secretario de Seguridad Ciudadana y el Comité Coordinador del Sistema Estatal Anticorrupción (Comisión para la Evaluación del Sistema Cosmos, 2020).

La Estrategia de Reinserción Social y Promoción de Comportamientos Resilientes se divide en tres Etapas:

1) ETAPA I: Vinculación Permanente con el Exterior-esta etapa consiste en el establecimiento de mecanismos de atención individualizada, a través del desarrollo social y humano, para que las personas en internamiento preserven un vínculo de interacción con su entorno social. Pretende promover el desarrollo emocional de las personas privadas de su libertad mediante mecanismos de reflexión, los responsables y corresponsables de esta etapa son el Jefe de Departamento de Vinculación con el Exterior; Seguridad; Vinculación con el Exterior; y el Área de Psicología. Los procedimientos de esta etapa consisten en planes individuales de visita; visitas y vida de internamiento; visitas íntimas; pertenencias; visita domiciliaria; intervención/visita diversa; y motivación.

2) ETAPA II: Plan de Actividades por Expectativa-consistente en una metodología a través de la comunicación autoridad—persona privada de la libertad, para que esta se informe acerca de los servicios disponibles dentro del centro penitenciario, así como de las normas disciplinarias, sus derechos, sus obligaciones y los respectivos mecanismos de defensa dentro de los cuales pueden ejercer y exigir sus derechos. Pretende que las PPL desarrollen, a fin que no vuelva a delinquir, los medios para su reinserción como lo son el trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y del deporte. Los encargados de esta etapa son: el Jefe de Departamento de Plan de Actividades; Seguridad; el Coordinador de

Áreas Técnicas; y el Comité Técnico; a su vez, esta etapa tiene a sus propias áreas encargadas del seguimiento, como lo son: la Dirección de Expectativa; le Entrevista Técnico Diagnóstica; Plan de Actividades por Expectativa; y el área de Seguimiento. El principio rector de la Etapa II es la autodeterminación, ya que las personas en internamiento deben ejercer su voluntad para llevar a cabo el Plan de Actividades, las actividades se rigen por los siguientes ejes de reinserción social: a) Educación (consistente en servicios educativos de alfabetización y niveles de educación primaria, secundaria y preparatoria, además, los servicios educativos y culturales están incluidos en las actividades de las PPL); b) Salud (consistente en servicios de atención de primer nivel, incluyendo servicios con especialistas en Psicología, Odontología, Nutrición, etc. La atención de segundo y tercer nivel se encuentra a cargo del Sector Salud); c) Deporte (consiste en ejercicios de activación física, promoviendo la conservación de la salud física y mental; a su vez, realizan actividades deportivas para combatir el estrés, los síntomas de ansiedad, la depresión, evitar enfermedades cardiovasculares y para procurar la autoestima de las PPL); d) Trabajo (promueve que las personas en internamiento sean económicamente productivos para que mediante el fortalecimiento de su habilidad de resiliencia y realización personal, alcancen un nivel de bienestar); e) Calidad de vida (pretende cubrir las necesidades biológicas, económicas, sociales y psicológicas para alcanzar el bienestar social, mediante el saneamiento de situaciones emocionales y físicas que promuevan el desarrollo y la aceptación del entorno en el que se encuentra la PPL); y f) Capacitación para el trabajo (pretende lograr que las personas privadas de la libertad se sientan productivas e incrementen sus aptitudes personales) (Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, 2023).

3) ETAPA III: Seguimiento en Externamiento-por su parte, en la tercera etapa, la Ley de Salud del Estado de Querétaro, en su numeral 77, dispone que, la Secretaría de Salud pudiera prestar atención médica a aquellos que padecen de enfermedades mentales y que se encuentren privados de la libertad en los centros penitenciarios del Estado de Querétaro; donde, la coordinación efectuada deberá gestionar el acceso a la salud en las instituciones especializadas para coadyuvar

con la prevención y reinserción. A su vez, la atención a las personas con afecciones mentales debe estar sujeta a los principios de ética, considerando las disposiciones de la autoridad competente y la normativa adecuada (Ley de Salud del Estado de Querétaro).

Se contempla un contexto de enfermedad mental diagnosticada a las personas que se encuentren reclusas, más no una prevención de la misma. Siendo que la atención psicológica no solamente debería ser para aquellos enfermos mentales, sino para aquellos que universalmente la requieran, considerándose como parte de la rehabilitación social. Por ejemplo, el trabajo de emociones, manejo de la ira, manejo de la frustración, etc. Aspectos que, si bien no son enfermedades mentales, contribuyen a una alteración en la salud mental.

En este sentido, en julio del año 2024, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó el Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatal, donde se arrojaron los siguientes resultados:

A finales del año 2023, la estructura del sistema penitenciario mexicano se conformaba por un total de 331 centros, mismos que se dividen en tres rubros: centros penitenciarios federales, de los cuales tenemos 14 en total; centros penitenciarios estatales, de los cuales tenemos 266; y 51 centros especializados. Para el caso del Estado de Querétaro, se tienen 5 centros en total, los cuales están divididos de la siguiente manera: 4 centros penitenciarios estatales (conocidos como “Centro Penitenciario CP1 Varonil”; “Centro Penitenciario CP2 Femenil”; “Centro Penitenciario CP3 Varonil” y el “Centro Penitenciario CP4 Varonil”), así como 1 centro penitenciario especializado-aquel que se dedica al internamiento de personas adolescentes (véase la Tabla 1 “Centros y capacidad instalada”):

Tabla 1.
Centros y capacidad instalada

CENTROS PENITENCIARIOS Y CENTROS ESPECIALIZADOS, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2023				
Entidad federativa	Total	Centros Penitenciarios Federales	Centros Penitenciarios Estatales	Centros Especializados
TOTAL	331	14	266	51
Aguascalientes	4	0	3	1
Baja California	8	0	5	3
Baja California Sur	5	0	4	1
Campeche	3	0	2	1
Coahuila	10	1	7	2
Colima	5	0	4	1
Chiapas	17	1	14	2
Chihuahua	11	0	9	2
Ciudad de México	17	0	13	4
Durango	7	2	3	2
Estado de México	23	1	21	1
Guanajuato	13	1	11	1
Guerrero	13	0	12	1
Hidalgo	13	0	12	1
Jalisco	14	0	12	2
Michoacán	13	1	11	1
Morelos	8	2	5	1
Nayarit	5	1	3	1
Nuevo León	5	0	4	1
Oaxaca	11	1	9	1

Puebla	21	0	20	1
Querétaro	5	0	4	1
Quintana Roo	5	0	4	1
San Luis Potosí	7	0	6	1
Sinaloa	6	1	4	1
Sonora	20	1	13	6
Tabasco	9	0	8	1
Tamaulipas	10	0	5	5
Tlaxcala	4	0	3	1
Veracruz	20	1	18	1
Yucatán	5	0	4	1
Zacatecas	14	0	13	1

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI. Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatal, 2024.

A su vez, este mismo censo arrojó que el 30 % de las quejas administrativas presentadas ante la autoridad del penitenciario fueron por motivos relacionados a la atención médica o psicológica, (siendo este índice el más alto de quejas presentadas), y con un porcentaje importante, el 10.5 % de quejas que fueron presentadas versaron sobre reinserción social (véase la Figura 1 “Protección de derechos humanos”):

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS QUEJAS O PETICIONES ADMINISTRATIVAS PRESENTADAS ANTE LA AUTORIDAD PENITENCIARIA DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS Y CENTROS ESPECIALIZADOS, SEGÚN MOTIVO, 2023

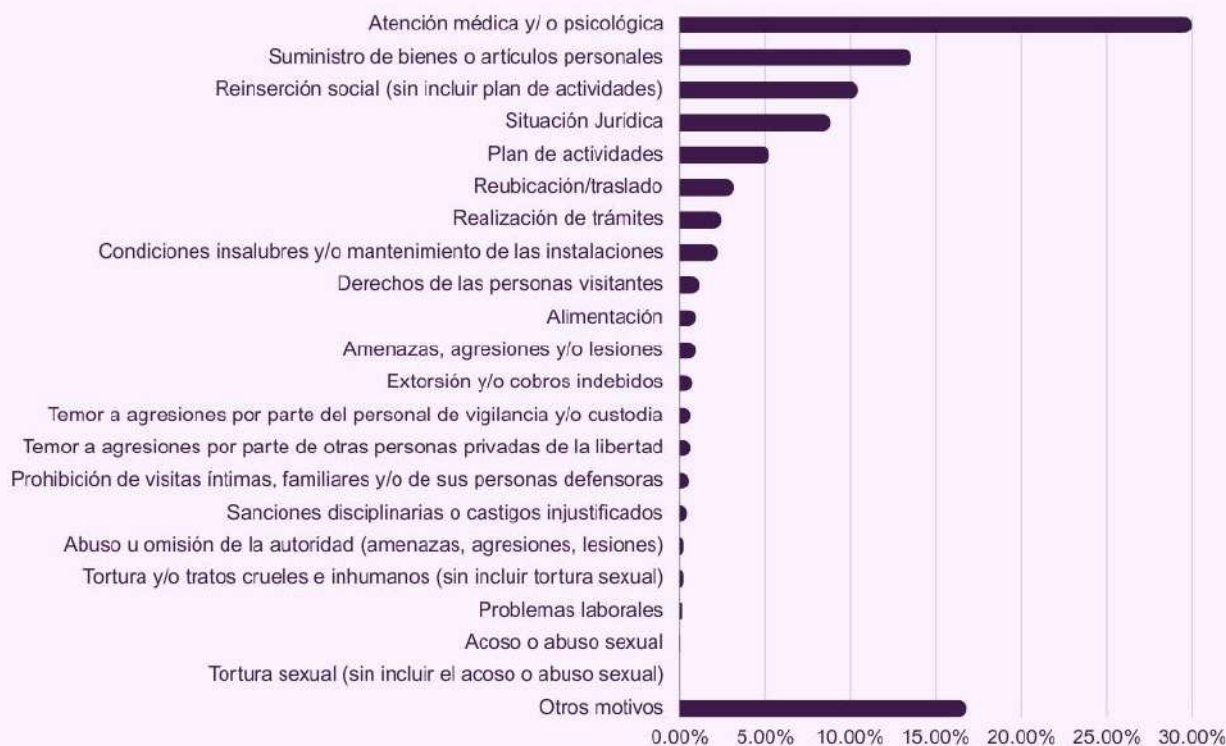
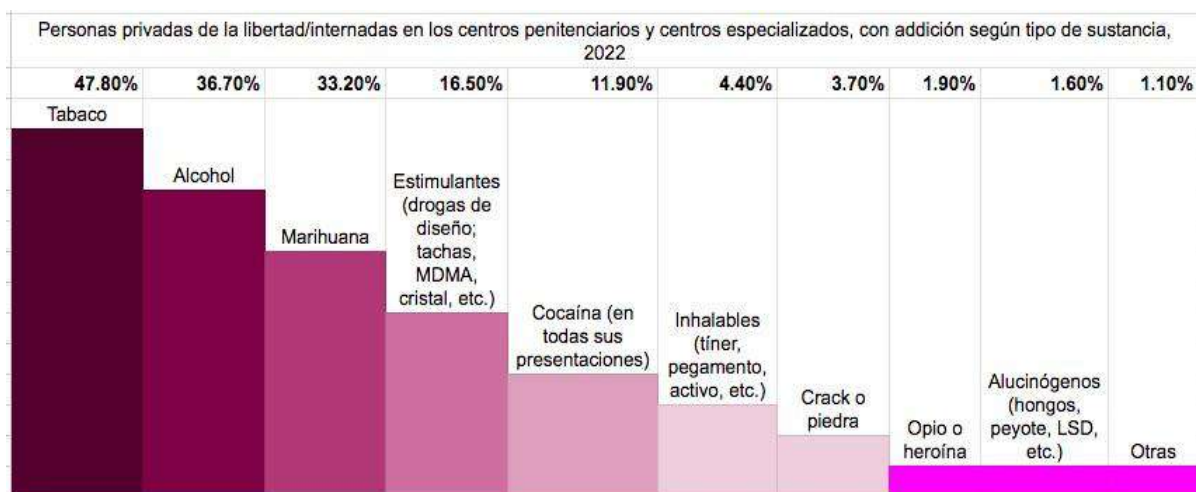


Figura 1. Protección de derechos humano. Fuente: Elaboración propia con información de INEGI. Censo Nacional de Sistema Penitenciario Federal y Estatal, 2024.

Así mismo, en el año 2022, el INEGI realizó el Censo Nacional de Impartición de Justicia, donde se arrojaron los siguientes porcentajes respecto al 1 tipo de adicciones presentadas en personas privadas de la libertad (véase la Figura 2 “Personas privadas de la libertad/internadas en los centros penitenciarios y 12 centros especializados, con adicción según tipo de sustancia, 2022”):



Gráfica 2. Personas privadas de la libertad/internadas en los centros penitenciarios y centros especializados, con adicción según tipo de sustancia, 2022. Fuente: Elaboración propia con información de INEGI. Censos Nacionales de Sistemas Penitenciarios Federal y Estatal 2023.

Adicional a estos datos, del 08 al 10 de septiembre de 2022, la Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro realizó un seminario de “Prevención a la Conducta Suicida”, en el seminario se presentaron 11 conferencias relacionadas con el tema de prevención al suicidio, mismas que fueron oficiadas por las mesas de trabajo integradas por los siguientes organismos: la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (o por sus siglas en inglés UNODC); la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH); la Universidad Autónoma de México; Centro de Capacitación Profesional, Industria y Profesional; Perito Correccional del Sistema Penitenciario de España, el Centro Estatal de la Salud Mental (CESAM) y los Colegios de Psicólogos de Querétaro y Colima, resaltando todos los asistentes la importancia que tienen este tipo de seminarios para ayudar a las autoridades a identificar y poder evitar este tipo de conductas. (Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, 2022)

Así mismo, dentro del seminario se presentó el Plan de Intervención a la Conducta Suicida con Enfoque Psicológico o por sus siglas “PICSEE”, dentro del cual se le dio a la Comisión una serie de recomendaciones para las personas privadas de la libertad. Dicho plan pretende atender factores de riesgo sobre conductas suicidas en las PPL desde su ingreso y durante su internamiento,

mediante la detección, atención y seguimiento a los mismos (Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro, 2022).

Este nuevo paradigma pretende ser una alternativa integral a la reinserción social, a partir de una visión especializada en la salud mental y la prevención del suicidio; considerando una intervención ecológica y holística; que garantice las condiciones dignas de las personas en los centros reclusorios. Lo anterior, derivado tanto de lo que dispone la legislación tanto local como nacional sobre la materia, así como diversos criterios internacionales, entre ellos, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos propuestas por la ONU o las llamadas ‘Reglas Nelson Mandela’, las cuales, dentro de los diversos parámetros que fijan, contemplan un número mínimo de especialistas permanentes por cada centro penitenciario. Sin embargo, para que este tipo de planes se puedan implementar es necesario no sólo informar a la autoridad y al personal penitenciario, sino también realizar campañas de información para las personas privadas de la libertad, ya que para que la atención psicológica o psiquiátrica ayude realmente al PPL se requiere de la voluntad del individuo.

V. CONCLUSIONES

Es importante distinguir entre los conceptos reinserción social y readaptación. Si bien es cierto que estas son personas que llegaron a una condición delictiva, también lo es que la forma de concebirlos es distinta si utilizamos el término “readaptación”. Este implica que el individuo debe ser rehabilitado toda vez que se percibe como ajeno a la sociedad. Por otro lado, es cierto que, para que la atención psicológica o psiquiátrica sean eficaces, se requiere de la voluntad del individuo. Por eso, no sería únicamente necesario que el Estado garantice el acceso a estas, sino que también debería de promoverse el acceso a la salud mental, así como difundir los beneficios que trae consigo tener una salud mental adecuada. Lo anterior ya que el individuo privado de la libertad debe estar convencido de aceptar un tratamiento de esta naturaleza o, de lo contrario, esta imposición podría ser percibida como si se le estuviera sumando una pena adicional.

En ese sentido, para que exista una eficiente reinserción social debe existir voluntad por parte del individuo y no podríamos obligarlo a tomar un tratamiento psicológico o psiquiátrico; sin embargo, podrían implementarse medidas para promover la salud mental e informar a toda la población penitenciaria sobre su importancia, a fin de que cuiden su salud mental. Mientras sigan existiendo deficiencias en la reinserción social, más altos serán los índices de reincidencia. Por lo que en la medida en que se integre la salud mental como parte integral de la reinserción social, se posibilitará lograr una eficiente reintegración de las PPL a la sociedad.

VI. REFERENCIAS

Bebbington, P. E., McManus, S., Coid, J. W., Garside, R., & Brugha, T. (2021). The mental health of ex-prisoners: Analysis of the 2014 English National Survey of Psychiatric Morbidity. Springer. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-021-02066-0>

Cámara de Diputados. (2021). Boletín No 0881: Plantean garantizar reinserción social y salud mental de las personas privadas de la libertad en centros penitenciarios. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2022/Enero/23/0881-Plantean-garantizar-reinsercion-social-y-salud-mental-de-las-personas-privadas-de-su-libertad-en-centros-penitenciarios>

Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro. (2021). Querétaro va por la certificación del 100 por ciento del Sistema Estatal Penitenciario. Recuperado de <https://cespq.gob.mx/ver-noticia.php?q=bmRtMGltTVpRY05xbmtYZlhOSE0vam9FWElYRDlHQVRobmRSc1JGRGJhRVNxaHh6aE5wZUZTMjJHRXpmS2taUg>

Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro. (2023). Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro. Recuperado de <https://cespq.gob.mx/comision.php>

Comisión Estatal del Sistema Penitenciario de Querétaro. (2023). Etapas de la Estrategia de Reinserción Social y Promoción de Comportamientos Resilientes. Recuperado de <https://cespq.gob.mx/plan-de-actividades.php>

Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2013). Derecho a la salud en centros de reclusión. Revista de Derechos Humanos, 11(8), 6-25.

Comisión para la Evaluación del Sistema COSMOS. (2020). Entregan Certificaciones ACA a Centros Penitenciarios de Querétaro. Recuperado de <https://www.cosmos.gob.mx/boletin-prensa/noticia?id=1023ba63-c2ee-11eb-9c71-fecb009a0857#gsc.tab=0>

Consejo Estatal de Seguridad del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro. (2021). 2do Informe del Diagnóstico y Programa para el Fortalecimiento del Estado de Fuerza y Capacidades Institucionales Estatales y Municipales en Materia de Seguridad del Estado de Querétaro 2020-2025. Recuperado de <https://cesq.gob.mx/uploads/informes/7/pdf/7.pdf?&cache=595109193>

Corte Constitucional de Colombia. (1998). Sentencia T-153/98. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-153-98.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2004). Sentencia T-851/04. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-851-04.htm>

Enciclopedia del Derecho. (2014). El equivalente a una enciclopedia impresa de 178 volúmenes. Ciudad de México.

Estados Unidos Mexicanos. (2024). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Estados Unidos Mexicanos. (2024). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones.

Estados Unidos Mexicanos. (2024). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

González Pérez, L. R. (2019). Criterios para un sistema orientado al respeto de los Derechos Humanos: Modelo de Reinserción Social. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/modelo-reinsercion-social.pdf>

Gobierno de la Ciudad de México, Subsecretaría de Sistema Penitenciario. (2024). Certificación Centros Penitenciarios. Recuperado de <https://penitenciario.cdmx.gob.mx/certificacioncentros-penitenciarios>

INEGI. (2018). Características de la población privada de la libertad en México. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825101176.pdf

INEGI. (2022). Censos Nacionales de Sistemas Penitenciarios en los ámbitos Estatal y Federal (CNSIPEE-F). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CNSPEyF/CNSPEyF2022.pdf>

- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. (2017). Agenda 2030. Recuperado de <https://www.gob.mx/inafed/articulos/que-es-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>
- Jiménez, D. A. (2023). Sobrepoblación en Ceresos dificulta reinserción social: Presidenta del Poder Judicial en Querétaro. Vía Tr3s. Recuperado de <https://www.viatres.com.mx/queretaro/2023/1/6/sobrepoblacion-en-ceresos-dificulta-reinsercion-social-presidenta-del-poder-judicial-en-queretaro-18134.html>
- Líder Empresarial. (2022). Asociación Americana de Correcciones acredita a Centros Penitenciarios de Querétaro. Recuperado de <https://www.liderempresarial.com/asociacion-americana-de-correcciones-acredita-a-centros-penitenciarios-de-queretaro/>
- Mouzo, J. (2022). Salud Mental en prisión: “Alguien con un trastorno psiquiátrico no encaja y se atasca en el problema”. El País. Recuperado de <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-09-03/salud-mental-en-prision-alguien-con-un-trastorno-psiquiatrico-no-encaja-y-se-atasca-el-problema.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Rodríguez Vázquez, J. (2011). Principio de Resocialización y la Inhabilitación Permanente. Institute for Democracy and Human Rights - PUCP. Recuperado de <https://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2012/07/Boletin-FEBRERO-IDEHPUCP-6-11.pdf>
- Zabala Baños, C. (2017). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. Recuperado de https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf

IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA EN LA PROTECCIÓN EFECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL PROCESO FAMILIAR.

Pedro Morales Zavala¹

Luis Eusebio Avendaño González²

RESUMEN

La reforma constitucional del 10 de junio de 2011 está dando apertura para que disciplinas científicas como la psicología se integren al fenómeno jurídico mexicano dando paso así a su humanización. En este contexto es que se debe señalar que derivado de la misma reforma se establecieron las condiciones constitucionales para fomentar un cambio humanista en el concepto jurídico de niñez para así dejar atrás la concepción civilista que la aprecia como un mero medio de los intereses patrimoniales de los adultos y no como un fin. Por eso es que en aras de esa transformación conceptual, es fundamental que con auxilio de la psicología sea atendida tanto la salud mental como la etapa de desarrollo psíquico de aquellas niñas, niños y adolescentes que con motivo de conflictos familiares son involucrados en juicios de esta naturaleza, desde luego con el propósito de evitar daños emocionales que puedan afectar su normal desarrollo, es por eso que la disciplina psicológica se erige como una importante disciplina para hacer efectivo el derecho humano a la salud de la niñez, así como otros derechos.

Palabras clave: derechos humanos, niñez, psicología.

¹ Docente de tiempo completo de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro, SNI nivel I y Perfil deseable PRODEP.

² Docente de tiempo completo de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Querétaro, SNI nivel I y Perfil deseable PRODEP.

ABSTRACT

The constitutional reform of June 10, 2011, facilitated the integration of scientific disciplines such as psychology into the Mexican legal framework, contributing to its humanization. This reform established constitutional conditions that promote a humanistic shift in the legal conception of childhood, moving beyond the civil law perspective that historically prioritized adults' patrimonial interests over children's intrinsic value as individuals. Within this conceptual transformation, psychology is essential for addressing the mental health and psychological developmental stages of children and adolescents involved in legal proceedings due to family conflicts. Proper psychological support is crucial to preventing emotional harm that may hinder their development. Thus, psychology plays a fundamental role in safeguarding the human rights of children, particularly in the realm of mental health care.

Keywords: human rights, childhood, psychology.

I. INTRODUCCIÓN

Derivado de la redacción que permite considerar a los Derechos Humanos como parte del sistema jurídico mexicano, es que se da lugar no sólo a interpretar el derecho en favor de la persona, sino a cimentar las bases de exigencia para modificar las instituciones jurídicas para no ser lesivas a estos derechos y dignificar al ser humano. En este sentido, es que hay cambios importantes para defender y proteger a la niñez, tal y como aspira a hacerlo el reciente Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares (CNPCF). Sin embargo, aún falta un largo camino por recorrer para que en los juicios, como los de naturaleza familiar, se hagan efectivos los derechos humanos y los derechos de la niñez.

La reciente reforma del código nacional no es suficiente para garantizar los derechos humanos y derechos de la niñez. Para que se protejan de manera efectiva, se requiere no sólo la descripción normativa, sino algunas acciones que, de hecho, permitan hacerlos una realidad. De esa manera, consideramos que un aspecto a considerar para hacer efectivos dichos derechos de la niñez en las controversias

familiares en las que sean involucrados, es que los jueces se auxilien de la Psicología para atender y proteger su salud mental y considerar la etapa de la niñez en la que se encuentra.

Por esa razón, a lo largo de este capítulo nos hemos propuesto abordar el siguiente cuestionamiento: ¿cuál es la importancia de la Psicología para hacer efectivos los Derechos Humanos de las niñas, niños y adolescentes en los juicios de naturaleza familiar? Al respecto, consideramos hipotéticamente que varias aristas argumentativas se tienen que atender para dar justificación de la importancia de la ciencia psicológica. En primer lugar, se encuentran los aspectos jurídicos que claramente dan cabida a una obligación de parte de los jueces para tomar en cuenta a dicha disciplina. En segundo lugar, existen argumentos psicológicos que es necesario abordar, pues hablan de lo importante de la salud mental en la niñez, así como de las etapas de desarrollo psíquico que tienen. En tercer lugar, hay que destacar la arista que se desarrolla con la hermenéutica filosófica para revisar el discurso jurídico de la niñez y entender epistémicamente qué se requiere para así contribuir a un cambio de paradigma discursivo en pro de los niños, niñas y adolescentes.

A partir de estos presupuestos en el desarrollo de este trabajo, acudimos a una metodología cualitativa consistente en la hermenéutica y al análisis dogmático para dar respuesta al problema planteado, para lo cual acudimos a la revisión del discurso de las normas jurídicas y abordamos una hermenéutica de la niñez. Asimismo, integramos de manera general algunos aportes de la ciencia psicológica para dar fortaleza desde la propia Psicología a la argumentación de este trabajo. De esa manera, invitamos a que los lectores revisen y emprendan con juicio crítico los aportes o la deconstrucción de este sencillo trabajo.

II. UNA REFLEXIÓN FILOSÓFICA DE LA NIÑEZ

La realidad no existe en sí misma, pues sólo existe en la medida en que haya un sujeto cognoscente poseedor de modelos mentales de interpretación asignados culturalmente, con lo cual se codifica lo captado por los sentidos y la razón,

asignando con ello un orden lógico, un sentido semántico y uno epistémico a dicha realidad captada. De esa forma, puede entenderse que el discurso es una expresión de cómo se entiende el mundo captado sensorial y racionalmente, es un invento que se construye (Berger y Luckman, 1968). Si se pretende modificar o influir en la realidad, es fundamental deconstruir y reconstruir el discurso o, de manera innovadora, construir otros discursos. Con ello, es posible crear nuevas realidades, ya que el lenguaje del que se integra cualquier discurso es el medio constructor de dicha realidad social (Civila, Romero-Rodríguez, Aguaded, 2020).

En este sentido, si la niñez es una palabra y, como tal, es parte de un lenguaje que a su vez integra un discurso, es entonces que se trata de una realidad construida socialmente. Esto pareciera un absurdo, pero no es así. Lo cierto es que esta palabra se ha ido construyendo, con mayor ímpetu en la Modernidad. En los siglos XX y XXI, a nivel internacional, se ha dado mayor significación a dicha niñez en la realidad, a partir de que se aspira a que sea tratada con dignidad, para que, en consecuencia, se erradique cualquier posibilidad de que caiga en situaciones de vulnerabilidad.

La niñez es, entonces, un constructo social que ha sido determinada histórica y culturalmente. Por eso es que en cada época la concepción de los seres humanos de corta edad cronológica ha sido diferente. Por ejemplo, en la antigüedad no fue considerada como tal la niñez. Los niños, niñas y adolescentes eran más bien considerados adultos (Meraz-Arriola, 2010). Esta situación no les fue favorable, ya que derivado de este concepto se ejercieron conductas aberrantes contra ellos: vejaciones, abusos y violencia. Tal es el caso de los castigos severos y hasta terribles que se les aplicaron para corregir su comportamiento ante faltas cometidas (Craig, Baucum, 2009) o los infanticidios frecuentes que se cometieron, al igual que las exposiciones o las inmolaciones que se hicieron para sacrificarlos de manera ejemplar (Álvarez, 2001), entre muchas otras calamidades de que fueron objeto.

La consideración de la niñez se hizo hasta la época ilustrada o moderna, tal como se evidencia en la obra de Jean Jacques Rousseau denominada: *Emilio o de la Educación*, donde se aprecia que el fenómeno educativo debe dirigirse a dicha

niñez como una acción de atención de parte de los adultos, con el propósito de evitarle males al hacerla visible y motivo de preocupación. Al respecto, el autor dice lo siguiente:

Al paso que crecen en edad es más estimable un niño, que al precio de su vida junta el de las tareas que ha costado, y con la pérdida de su existencia une él la idea de la muerte. Por lo tanto, vigilando sobre su conservación, debe pensarse particularmente en el tiempo venidero y armarle contra los males de la edad juvenil antes que ella llegue; porque si crece el valor de la vida hasta la edad en que es útil, ¿no es desatino resguardar de algunos males la infancia para aumentarlos en la edad de la razón?... (Rousseau, 1984, p. 10).

Este párrafo hace evidente el beneficio de la educación para la niñez. Sin embargo, se dilucida también la importancia que le da a su crecimiento y desarrollo. Esto especialmente a partir de que se considera esta etapa importante para prepararlos con herramientas para su vida futura, lo cual deja atrás la invisibilidad de la que en otrora fue objeto.

No obstante, en el periodo ilustrado, la niñez fue concebida como una edad supeditada en todos los aspectos y de manera absoluta a la tutela de un adulto. Lo anterior dado que les concebía como imposibilitados para hacer uso de su propia razón y, por lo tanto, incapaces tanto para decidir por sí mismos, como para opinar. De esa manera, su palabra y sus emociones no eran considerados, lo que implicó que aspectos personales como los relacionados a las necesidades de la niñez y su salud emocional fueron completamente indiferentes para los adultos, y es que son considerados como menores de edad supeditados en una relación jerárquica de subordinación respecto de los adultos (padres, abuelos o tutores). Por eso, cuando los representantes legalmente toman decisiones y hablan en su nombre, se difumina cualquier posibilidad de que la niñez se exprese.

Como prueba de la justificación a la postura ilustrada se encuentra el discurso de Kant (2004) denominado *¿Qué es la ilustración?* En ese documento, el filósofo afirma metafóricamente que los ilustrados son los que adquieren la mayoría de edad y éstos son los que se hacen valer de su propia razón. Así, para este autor quienes

se mantienen en una minoría de edad no pueden ser ilustrados y son quienes, a su decir, tienen una incapacidad para usar y beneficiarse de su propio entendimiento (Kant, 2004). Bajo esta lógica, son entonces los adultos los que pueden hablar en nombre de quienes califica de menores de edad, pues son los que sí pueden hacerse valer de su propia razón.

Es hasta el siglo XX que se aprobaron algunos instrumentos políticos y jurídicos de gran importancia. Dichos documentos reconocen a la niñez como seres humanos que requieren satisfacer necesidades especiales propias de su corta edad cronológica. Su objetivo es prevenir la vulnerabilidad y garantizar mejores condiciones de vida en aspectos como la salud, la alimentación, la protección jurídica, el entorno afectivo y el desarrollo psíquico.

A pesar de los avances en la regulación internacional actual, persiste en la sociedad y en las instituciones estatales una grave resistencia a mostrar empatía hacia la niñez. No se reconoce a cabalidad ni el mundo de los niños y niñas, ni tampoco su sentir y perspectiva de acuerdo con sus etapas de desarrollo físico y psíquico desatendiendo sus emociones. Como prueba de esto sólo basta con ver que el diseño arquitectónico de las actuales ciudades se articulan en torno a las necesidades de los adultos y se ignora a la niñez, a tal grado que los espacios de juego son diseñados al gusto del adulto, lo cual es un claro ejemplo de la indiferencia hacia las necesidades infantiles. Es un hecho que actualmente al niño se le continúa viendo como un sujeto inferior. Se le percibe como alguien incapacitado para opinar y, si lo hace, simplemente se le ignora. A esto se suma que los niños están simplemente obligados a obedecer el autoritarismo dictatorial de los adultos. Esto impide que se les reconozca como iguales. Esta situación, según Harendt (1996), lo anula como sujeto.

La invisibilidad de la niñez aún impacta en el siglo XXI, lo cual ha provocado una afectación en su dignidad como seres humanos que se encuentran en una condición especial por razones de edad. Se les ha negado el ser percibidos como fines en sí mismos, tal y como indica el filósofo de Königsberg (Kant, 2007), al no

considerarlos con un valor único como seres humanos que son (Aguirre-Pabón, 2011).

Para que las niñas, niños y adolescentes sean reconocidos como fines y no como medios, es necesario visibilizarlos en todos los ámbitos de la vida. Esto implica aceptar la existencia de una interpretación del mundo propia de la niñez y comprender su etapa de desarrollo biológico y mental. Igualmente, se deben atender sus necesidades de juego, sus opiniones, su necesidad de autoestima, sus apegos y, en general, su estado de salud mental y sus emociones.

Se requiere de la reconstrucción del concepto de niñez para que se conciba como un valor en sí mismo. Posteriormente y con esta nueva concepción, se requerirá del ejercicio de la práctica. En este sentido, niña, niño y adolescente debe significar capacidad, no subordinación, dignidad a partir de su reconocimiento como seres humanos con necesidades propias de su corta edad cronológica. Así, en consecuencia, será concebida la niñez como un fin en sí mismo. Esto puede lograrse mediante un discurso basado en los derechos humanos, que debe aplicarse en la práctica. Garantizar derechos como el de la salud para niñas y niños implica reconocer implícitamente su valor único como seres humanos, es decir, como fines y no como medios.

Es importante recordar que el derecho es un discurso y, como tal, construye realidades. Por lo tanto, el fenómeno jurídico debe generar las condiciones mínimas que permitan tratar a la niñez como un fin. En este sentido, un derecho nacional actuará adecuadamente cuando adapte sus instituciones al discurso de los derechos humanos de la niñez, pues ello propicia que las niñas, niños y adolescentes sean reconocidos como fines en sí mismos.

Aunado a lo anterior, las instituciones jurídicas actuales deben modificar la herencia conceptual del discurso ilustrado y abandonar la concepción de niñas, niños y adolescentes como menores e incapaces. Se requiere, en cambio, un reconocimiento jurídico pleno de sus necesidades, de sus interpretaciones del mundo, de sus etapas de desarrollo y de todas sus necesidades biológicas y desde

luego las psíquicas. Sólo así el derecho será capaz de configurar una nueva realidad de la niñez.

III. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA NIÑEZ, UNA JUSTIFICACIÓN PARA SU ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN JUICIOS FAMILIARES

Una nueva filosofía de la niñez necesariamente debe reconocer la importancia que tiene la familia para la solidez de sus afectos y la formación de su personalidad. Por la relevancia de la institución familiar en la cultura mexicana, resulta obligatorio hablar de ella en el tema que nos ocupa. Consideramos que ésta no sólo es base para la sociedad, sino que también representa un sólido cimiento para el desarrollo psíquico. Asimismo, se trata de una condición inexorable para la salud mental de los integrantes de una familia que, de una u otra forma, están interrelacionados. Lo anterior debido a que su núcleo se caracteriza por el dinamismo, lo que implica que las acciones de algún familiar se reflejen en los demás integrantes, toda vez que el núcleo de cada unidad familiar se integra de miembros estrechamente unidos (González, 2007). Por esa razón, es necesario apreciar que en cualquier acontecimiento familiar crítico, los más susceptibles de resentir efectos negativos son aquellos miembros que se encuentran en etapa de niñez. Al respecto, afirman Marín, Quintero y Rivera (2019):

La familia es la escuela inicial donde surgen los primeros aprendizajes y se dan las bases del comportamiento. Cuando el ambiente es acogedor, hay motivación y se contribuye a un aprendizaje positivo respecto a las relaciones; en caso contrario, cuando el ambiente es tenso se pueden desencadenar conductas inapropiadas que afectan el comportamiento y las emociones (p. 168)

Las crisis familiares colocan a la niñez en situación de vulnerabilidad. Estas pueden provocar daños mentales, como es el caso de las afectaciones de tipo emocional, ya que la familia al ser un símbolo comunitario de seguridad y protección de cualquier integrante familiar, sobre todo de aquellos que tienen la condición de niña, niño o adolescente. Por esa razón, se debe reconocer que, en cualquier conflicto jurídico de tipo familiar, necesariamente habrá un impacto en el plano psíquico de éstos. Aunado a ello, se debe considerar que es en el ambiente familiar

donde llevan a cabo su crecimiento físico y emocional y, por ende, es donde encuentran bases sólidas para la formación de su personalidad.

Así, se debe reconocer que el dinamismo familiar facilita u opone obstáculos a dicha formación (Martínez, Anaya, Salgado, 2014). Es ahí donde se encuentra la primera red de apoyo que le permite a la niñez tener un buen desarrollo psíquico y social. En la medida que la familia cumpla sus objetivos afectivos, de seguridad y de buen manejo de las emociones que se desarrollan en comunidad (Suarez, Vélez, 2018). Al respecto es importante la siguiente cita:

La calidad de las relaciones entre el niño y su cuidador principal puede afectar su capacidad para establecer relaciones saludables en el futuro. Un ambiente familiar seguro y acogedor puede promover la resiliencia emocional y la capacidad para hacer frente al estrés, mientras que un ambiente inseguro y caótico puede tener el efecto opuesto (Arnaud, 2023, p. 9).

En cualquier juicio familiar que involucre a niñas, niños y adolescentes, los jueces deben atender su salud mental y su desarrollo psíquico, lo que protege la dignidad humana de la niñez y garantiza el cumplimiento de los derechos de la niñez. La familia tiene una gran importancia emocional para ellos, por lo que un conflicto jurídico que afecte la estabilidad familiar les puede acarrear efectos negativos. Atender su psique equivale a velar por la integridad de un ser humano, ya que su corta edad lo hace especialmente vulnerable en un conflicto jurídico. De ello se concluye que, en los juicios familiares, las niñas, niños y adolescentes deben ser tratados como fines en sí mismos y hacerlo implica prestar especial atención a su salud mental ante el impacto de una crisis familiar originada por un conflicto jurídico de esta naturaleza.

IV. CONDICIONES JURÍDICAS PARA DESTACAR LA IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA EN LOS JUICIOS FAMILIARES

¿Por qué el actual derecho familiar debe atender al desarrollo psíquico, al estado mental y emocional de los niños involucrados en un juicio familiar? Esta pregunta parece ineludible a partir de lo planteado en los apartados anteriores. Previo a la

respuesta, es necesario reconocer que mantienen una visión patrimonialista las legislaciones sustantivas civiles que contienen la regulación del derecho familiar y las procesales locales aún vigentes e, incluso, el llamado Código Nacional de Procedimiento Civiles y Familiares (CNPCF). Esto se debe a que el derecho sustantivo en materia familiar sigue estando inmerso en el Código Civil, el cual protege intereses patrimoniales como inercia de la epistémica que contiene la tradición romanista del sistema jurídico mexicano del que es parte dicho código. Aunque el nuevo código procesal civilista y familiar introduce modificaciones paradigmáticas en la sustanciación del proceso familiar, aún se basa en principios del derecho procesal civil orientados a proteger esos intereses patrimoniales. En este contexto, resulta conveniente que el derecho familiar y el procesal familiar cuenten con códigos propios, con conceptos, reglas sustantivas y principios procesales diferenciados, al tratarse de un derecho *sui generis*.

Es importante destacar que, si bien el nuevo código procesal familiar incorpora cambios significativos que lo hacen más eficiente y pro derechos humanos, no se produce un cambio paradigmático en la protección procesal de la niñez. Para lograrlo, los juicios familiares deben dejar de ser ritualistas y volverse eficaces, cuidando la integridad y la dignidad de las niñas, niños y adolescentes en cada etapa del proceso. Todas las sentencias en materia familiar deberían emitirse con una perspectiva de niñez.

Un cambio de paradigma en el derecho sustantivo y procesal familiar implicaría que los jueces ponderen los casos en función de los valores que emanan de dichos derechos. Para proteger de manera prioritaria a aquellos integrantes familiares que son más susceptibles de caer en situaciones de vulnerabilidad como puede suceder con las infancias involucradas en un juicio. En este sentido, un cambio de estos alcances debe considerar como un valor único a la niñez y como tal, resulta prioritario atender a su subjetividad, a su individualidad, a sus emociones, a sus gustos, a sus perspectivas, a sus anhelos, a la etapa de la vida en la que se encuentra, a las bases con las que cuenta para el desarrollo de su personalidad, a su salud mental y en consecuencia sus emociones, etc.

Un nuevo paradigma implica una nueva concepción de la niñez que supere la epistémica ilustrada que los instrumentaliza. De esa forma, será posible reconocer su existencia, sus cualidades, sus necesidades y problemas que cada niña, niño y adolescente tienen en cada etapa de su corta edad cronológica. Esto requiere estar reconocido no sólo en la ley adjetiva, sino, sobre todo, en la legislación sustantiva.

En la actualidad, aun cuando en el discurso normativo el derecho procesal familiar se proclame garantista de los derechos humanos de la niñez, a través de sus reglas y principios como lo es el llamado interés superior de la niñez, lo cierto es que la protección en el mejor propósito de la legislación procesal de orden civil-familiar se reduce a una protección aislada de estos derechos en actos procesales específicos. No se garantiza que en los juicios familiares de primera y segunda instancia, las resoluciones y sentencias se sustenten epistémicamente en los valores y conceptos que derivan de los derechos humanos. Del mismo modo, no está contemplada la obligación de los jueces familiares a dar una atención especial a la niñez involucrada en todas las fases de cualquier juicio familiar para garantizar la integridad y dignidad como seres humanos que son. Esto debido a que generalmente las legislaciones civiles sustantivas no han dado plena cabida a los referidos derechos en su regulación de las instituciones familiares. Al contrario, dicha norma se mantiene con una base epistémica instrumentalista de la niñez y no humanista, tal y como lo describen actualmente la mayoría de los códigos civiles, los cuales por cierto aun consideran a la niñez como de condición menor e incapaz, lo cual no hace otra cosa sino hacerlos imperceptibles y anularlos de la escena del interés jurídico principal subordinándolos al interés patrimonialista del adulto, muy a pesar de los referidos progresos humanistas del CNPCF.

Desde luego, esto nos interesa señalarlo porque es el escenario en el que la Psicología asume importancia procesal familiar. Con el nuevo código procesal civil y familiar dicha disciplina científica se puede constituir como un auxiliar del juez para tratar a la niñez involucrada en un juicio. No obstante, dicho código no establece las bases para que la consideración psicológica sea más relevante que las normas

sustantivas patrimonialistas cuando de niñez se trate. Entonces, no hay pues garantía de que en todos los juicios familiares los niños sean atendidos por un profesional de la psicología. Tampoco existe la obligación para que en las sentencias los jueces familiares resuelvan con perspectiva de niñez y, como tal prioricen, la salud emocional y atiendan la etapa de desarrollo de cada niña, niño y adolescente involucrado en un juicio.

No obstante, derivado de las reformas constitucionales del 2011 es que en los juicios familiares se le debe dar importancia a la Psicología. Esta disciplina es definida como una ciencia que estudia el comportamiento y los procesos mentales (Peña, Cañoto, 2014). Es relevante la rama que se especializa en el estudio de la infancia, debido a que con la referida reforma se abrieron las puertas para que los jueces pongan atención en los aspectos más sutiles con que debe ser tratada la niñez en cualquier tipo de juicio, en atención a su corta edad cronológica y a su condición humana. Aunado a esto, debemos señalar lo siguiente: es cierto que en antaño no era tan importante esta disciplina para el proceso familiar, salvo en aquellos casos en los que se ofreciera como dictamen pericial para acreditar los hechos de una demanda. Sin embargo, ante la vigencia del nuevo CNPCF, la Psicología adquirió mayor relevancia en el trato a la niñez involucrada en juicios familiares en ciertos actos procesales. Mediante el establecimiento de los nuevos principios y reglas procesales que dan cierto reconocimiento a la condición de niñez y que, en consecuencia, aspiran a protegerla, en este sentido es que se estableció en dicho código la oralidad y la justicia digital para darle inmediatez y eficacia a los juicios de esta naturaleza.

Estas reformas implicaron una serie de modificaciones. En primer lugar, se reconoció procesalmente las situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran algunas personas para darles condiciones de igualdad en el proceso. En segundo lugar, se estableció el ajuste al procedimiento y la suplencia de oficio de las deficiencias de las pretensiones en materia familiar. En tercer lugar, se obligó en este ordenamiento a los jueces a dar preponderancia al interés superior de niño frente a otros derechos discutidos en los litigios. En cuarto lugar, queda regulado

para la materia familiar la *litis* abierta. En quinto lugar, se reconoció el fenómeno de la violencia vicaria, etc.

De esa manera, estos principios y reglas facultan a los jueces familiares para asistirse de profesionales de la Psicología. Sin embargo, las condiciones establecidas por el CNPCF no son suficientes, debido a que las leyes sustantivas no han cambiado su criterio instrumentalista de la niñez, por lo que el nuevo código procesal, a pesar de su innovación en materia de derechos humanos y de protección a la niñez, necesariamente faculta a que los jueces mantengan la obligación de resolver los litigios familiares bajo la epistémica patrimonialista, a pesar de que el código nacional procesal referido diga que se debe anteponer el interés superior de la niñez.

Así, se genera una potestad abierta en los casos de controversia jurídica familiar en los que se involucre a la niñez. Para que sean los jueces los que decidan si le dan prioridad o no en las sentencias a las periciales en materia psicológica o si se asisten o no de la psicología, debido a que el interés prioritario de las leyes sustantivas en materia familiar no es ni la familia y tampoco los niños, sino el patrimonio, es por eso que el código nacional referido no puede garantizar legalmente que los jueces familiares tomen en cuenta las opiniones expertas de los psicólogos en todas las controversias de su competencia que involucren a la niñez, por eso es que este vacío será en lo sucesivo un reto para las legislaciones sustantivas y el nuevo CNPCF, pues aun cuando lo subsana el bloque de constitucionalidad al obligar a dichos jueces a que interpreten el derecho familiar anteponiendo los derechos humanos y de la niñez en todos los juicios, lo cierto es que es urgente que en un futuro inmediato se hagan los cambios paradigmáticos sustantivos civiles para que en todos los casos de controversia familiar todas las niñas, niños y adolescentes involucrados sean atendidos y protegidos en su salud mental, obligación que de manera prioritaria debe quedar a cargo de los jueces familiares de primera y segunda instancia.

Para justificar las condiciones jurídico-constitucionales que existen para ver en la disciplina psicológica un auxiliar en el desarrollo de los procesos familiares y

en sus sentencias, es fundamental hacernos la siguiente interrogante y dar respuesta a ella: ¿por qué es necesario que en un juicio familiar se atienda y tome en cuenta para su resolución el desarrollo psíquico y la salud mental de las niñas, niños y adolescentes involucrados? La respuesta desde la psicología deja ver que gracias a esta disciplina se comprenderá que la atención a los aspectos emocionales de éstos se vincula al respeto y protección de los derechos humanos, por lo tanto desde esta ciencia es que se puede exaltar que la niñez es una etapa fundamental del desarrollo psíquico del ser humano, pues es ahí donde se forman los pilares de la personalidad y del equilibrio socioemocional y es que si un niño es afectado en el momento de su niñez, es muy probable que tenga secuelas negativas en su estado de salud mental desde ese momento hasta impactar en su etapa de adultez, secuelas que pueden consistir en estrés o enfermedades mentales como la ansiedad, miedos, depresiones, desórdenes alimenticios, incapacidad para establecer relaciones saludables u otras que pueden ser hasta más severas y peligrosas (Segovia, Moreta, Guevara, Ramos, 2022).

También es importante que los jueces atiendan al estado de desarrollo psíquico de la niñez, lo que se refiere a aquellos cambios que con el tiempo se producen en el cuerpo, en el pensamiento y en el comportamiento por causas biológicas, psíquicas y también por experiencias vividas (Craig, Baucum, 2009), su importancia radica en que en dicho proceso de desarrollo es que se hace posible la maduración neurológica, cognitiva, social y afectiva de los niños, niñas y adolescentes que les habilita para responder a sus necesidades y las de su medio considerando el ámbito social al que pertenecen (Figueiras, Neves, Souza, Rios, Benguigui, 2011), en este sentido la psicología es una disciplina útil en virtud de que ayuda a reconocer las etapas del estado de desarrollo psíquico de la niñez, colaborando así para que éstos gocen de un estado de salud sano que permita un comportamiento equilibrado en todas las etapas de la vida, en cierta forma, la psicología también es prescriptiva del actuar social (Escobar, 2003, 72).

Además, la disciplina de la psicología permite que los jueces reconozcan las diferencias que tiene cada niña o niño, pues apreciar su subjetividad a través del

reconocimiento de las emociones que desarrolla cada quien, como una consecuencia de las vivencias que tienen ante situaciones de crisis familiar permite hacer válida su existencia, pues de lo contrario el no reconocer dicha subjetividad es una forma más de indiferencia a la niñez que sin pedirlo se le ha involucrado en una controversia substanciada en un juicio familiar, lo cierto es que hay que partir de que cada niña o niño responde de manera distinta a estímulos semejantes (Méndez, 2013), por eso es que resulta imprescindible que con ayuda de la psicología se identifique en éstos, cómo están viviendo una situación de crisis familiar, con el propósito de que tengan una terapia y/o asesoría para superar cualquier problemática en la salud mental derivada de la crisis que ocasiona un juicio familiar.

Desde el derecho constitucional la ciencia psicológica se erige como un buen coadyuvante en los juicios familiares, sobre todo porque derivado del artículo 1 de la Constitución mexicana, todas las autoridades tienen la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos contenidos en los tratados internacionales, los cuales deben ser interpretados favoreciendo en la protección más amplia a las personas, lo cual obliga a las autoridades a concebir a la niñez como un fin en sí mismo y no como un medio, objetivo presente y sustento para que el nuevo CNPCF haya dado un giro en la perspectiva con la cual se habrá de dar trámite a los juicios familiares, en aras de proteger prioritariamente los derechos humanos de las personas que pudieran estar en situaciones de vulnerabilidad como es el caso de la niñez misma, por eso es que se puede afirmar que dicho código da cabida a la participación de los profesionales de la salud mental en la ejecución de los actos procesales en materia familiar.

Aunado a ello también se debe destacar que la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) expidió el llamado Protocolo para Juzgar con perspectiva de Infancia y Adolescencia con base en lo establecido por el referido artículo constitucional, el cual tiene una mirada proclive a atender y proteger los derechos humanos de la niñez involucrada en cualquier proceso, cabe destacar que en dicho documento se percibe la importancia de que los jueces sean sensibles para

considerar un balance emocional y las etapas del desarrollo psíquico de las infancias involucradas en los juicios, pues con ello se asiste para comprender su comportamiento (Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], 2021), aunado a que también evitan daños a su integridad mental que pudieran ser irreversibles.

La importancia de la psicología también deriva de los derechos establecidos en favor de la niñez en la llamada Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes (LGNNA), los cuales consisten en: el derecho a la salud, donde se encuentra la salud mental y el acceso a los servicios en el más alto nivel; el derecho a vivir una vida libre de violencia para mantener incólume su integridad no sólo física, sino también emocional; así mismo su derecho a vivir en condiciones de bienestar y a una integridad personal, lo que implica vivir en un ambiente sano y en condiciones que permitan su crecimiento saludable y armonioso; el derecho a la prioridad que les asegura protección y socorro antes que a cualquier adulto; igualmente su derecho a la dignidad lo que involucra no ser usados como medios para fines ajenos a la niñez y a la condición humana que tienen; el derecho al desarrollo, lo que involucra que la referida niñez disfrute de una vida plena y en condiciones de dignidad; el derecho a que en cualquier procedimiento jurisdiccional o administrativo o en cualquier acto de autoridad se garantice el interés superior de la niñez.

De igual forma se tienen que mencionar otros derechos que favorecen a la niñez y que también motivan a reconocer la importancia de la psicología, es el caso de los establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, tales derechos son: el derecho a una protección especial al tener como propósito que la niñez crezca física, mental y socialmente sana; el derecho a tener una atención médica, lo cual engloba desde luego la asistencia de los profesionales de la salud emocional como son los psicólogos y los psiquiatras; el derecho al amor de las familias y de la sociedad; el derecho a divertirse y jugar; el derecho a ser protegido contra el abandono; el derecho a disfrutar de una vida plena en los casos de impedimento físico y mental en condiciones de dignidad, entre otros. Así pues, la existencia de estos derechos de la niñez considerados tanto en el orden legal como en el constitucional referido, así como el citado protocolo para juzgar con perspectiva de

niñez, son los que hacen posible que no sólo los tribunales de constitucionalidad, sino también los ordinarios familiares mediante el control difuso de la constitucionalidad consideren a la psicología para atender y proteger en el transcurso de un proceso familiar a todas las niñas, niños y adolescentes involucrados, para así evitarles mayores daños de los que ya de por sí trae aparejado una controversia de esta naturaleza, a pesar de que aún existe la piedra del anacrónico código civil, el cual lamentablemente todavía deja cierto espacio de potestad para jueces de primera y segunda instancia no convencidos de la constitucionalización del derecho familiar, para no reconocer la necesidad de atender a la salud mental y las etapas de desarrollo psíquico de la niñez en los juicios de naturaleza familiar.

Así, dichos derechos y el protocolo referidos permiten complementar al bien intencionado nuevo CNPCF, pues de acuerdo a lo establecido en la reforma constitucional del 10 de junio de 2011, existen las bases para que durante todo el proceso familiar y en el momento de la resolución de una controversia de esta naturaleza se consideren la salud mental y la etapa de desarrollo psíquico de la niñez involucrada, dado que hoy las ciencias vienen a nutrir al derecho mexicano en virtud de que sus aportaciones sirven para argumentar y garantizar la racionalidad de las sentencias, para así cumplir con la obligación constitucional de interpretar el derecho en favor de la persona (Castañeda, 2018).

Si los jueces recurrieran a la Psicología en el proceso familiar para proteger y atender a niñas, niños y adolescentes durante el juicio o para resolver un conflicto en su favor, más allá de la prueba pericial psicológica, estaremos ante un verdadero acto reivindicador de la niñez en nuestro derecho mexicano. Lo anterior, debido a que se estaría aceptando que ésta requiere de un trato especial debido a su edad cronológica y, sobre todo, por las repercusiones a su salud mental que derivan de un momento profundamente crítico para su vida, como lo es el conflicto jurídico familiar que estén padeciendo.

Una muestra de esto es lo que ya resolvió la Primera Sala en el Amparo Directo 6179/2015 de fecha 23 de noviembre de 2016. En dicho expediente, la

referida sala en su sentencia decidió dar mayor importancia a la salud mental de la niña involucrada en un juicio de reconocimiento de la maternidad. Esto al considerarse favorablemente para la niña en la sentencia emitida, los vínculos afectivos de apego que ésta formó al seno de una familia que no es la biológica, por ser tratada como una hija y al haberle dado educación. Por lo que la sentencia referida se dictó en contra del interés de la madre que, mediante la acreditación de su nexo biológico, aspiraba a que se le reconociera la maternidad años después de que la había dejado en manos de una familia ajena que la acogió de manera desinteresada y con amor.

Lo anterior lo resolvió así debido a que la sala consideró que, de no tomar en cuenta el apego de la niña a la familia no biológica y entregarla en manos de la madre biológica en términos de lo establecido en la legislación civil, se provocaría un severo daño si se le aparta de su realidad social por dar prioridad a la realidad biológica (Rabasa, Casillas, Camaño, 2020, p. 14). Desde luego que aquí la Psicología jugó un papel fundamental para atender con sensibilidad la condición de niñez de un ser humano de corta edad cronológica en este juicio de orden familiar. Su mérito radica en que logró hacer visible a la niña, pues de haber sentenciado en favor de la madre biológica esta hubiera quedado invisible en el juicio al no procurársele su bienestar psíquico en una etapa tan importante como es el de la infancia. Por el contrario, la sentencia dictada en el recurso de revisión es representativa de una adecuada protección a sus más elementales derechos humanos de la niña en su calidad de tal, aunque cabe destacar que la primera y segunda instancia, así como la sentencia de amparo directo habían favorecido a la madre biológica debido a que resolvieron en función de lo establecido por la ley civil sustantiva. Sin embargo, fue hasta la referida revisión que la mencionada Primera Sala hizo una ponderación de derechos humanos y de la niñez, lo cual abrió las puertas para que la ciencia de la Psicología nutriera la decisión que finalmente tomó la sala para no afectar la salud mental de la niña y su desarrollo psíquico-social.

V. CONCLUSIONES

El interés de este trabajo se centró en visualizar la necesidad que hoy tiene el derecho sustantivo y procesal familiar de interrumpir la inercia del tradicionalismo civilista. Es menester que tratándose de derecho familiar y procesal familiar se prioricen las aportaciones que hace una ciencia como la Psicología al permitir comprender la valía de los seres humanos. En este sentido, es que podemos concluir que dicha disciplina científica se presta como un auxiliar que le permite a los jueces tratar como un fin a los niños, niñas y adolescentes que son involucrados en un juicio familiar, pues permite que se atienda su salud mental y emocional en un momento de gran conflicto e inestabilidad que le origina una crisis familiar. Esta preocupación es literalmente una atención a la condición humana de la niñez, que generalmente ha sido ignorada o minimizada durante décadas por el referido tradicionalismo civilista que ha subordinado las necesidades familiares a los intereses patrimoniales.

Con las consideraciones previamente expuestas, ha sido posible afirmar que el presente trabajo cumplió con el objetivo, ya que respondió al cuestionamiento formulado en la introducción, sobre ¿cuál es la importancia de la psicología, para hacer efectivos los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes en los juicios de naturaleza familiar? La respuesta se sustentó en argumentos de índole jurídica, filosófica y psicológica, los cuales permitieron confirmar que la psicología contribuye al cumplimiento de diversos derechos humanos. En este sentido, se concluye que dicha disciplina permite considerar de manera prioritaria y permanente la salud mental y el desarrollo psíquico de niñas, niños y adolescentes durante el trámite procesal y en la resolución jurisdiccional de casos familiares en los que estén involucrados. De llevarse esto a la práctica procesal, sin duda daría favorecimiento a la aplicación de juicios familiares con perspectiva de infancia, orientados a la protección de sus derechos humanos. Esto evidencia que, la psicología aporta elementos fundamentales para la argumentación de sentencias justas, al respaldar la protección de la infancia como sujetos de derecho, lo que permite reconocerles como un fin en sí mismos y no como un medio. En consecuencia, ello contribuye a

la construcción de un nuevo concepto de niñez basado en su reconocimiento como seres humanos plenos.

Este trabajo no tuvo como propósito describir una utopía. Sin embargo, a partir de lo establecido en el Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares (CNPCF), y pese a los retos aún pendientes en materia de derecho procesal familiar, el reconocimiento de los derechos humanos y la aplicación del principio pro persona han generado condiciones para que en todos los juicios familiares en los que participen niñas, niños y adolescentes se adopte una perspectiva de niñez, en la medida que se haga uso y se tome en cuenta a la Psicología, lo cual ya ha sido implementado en algunos casos como el resuelto por la Primera Sala en el Amparo Directo 6179/2015 de fecha 23 de noviembre de 2016. No obstante, aún es necesario que esta consideración se extienda en toda la comunidad jurisdiccional, a efecto de que no sólo los tribunales de la SCJN, sino todos los tribunales ordinarios den importancia a la Psicología en los casos familiares en los que se involucre a la niñez.

VI. REFERENCIAS

- Aguirre-Pabón, J. O. (2011). Dignidad, derechos humanos y la práctica filosófica de Kant. *Universitas*, (261), pp. 45-74.
- Álvarez de Lara, R. M. (2011). El concepto de niñez en la convención sobre los derechos del niño y en la legislación mexicana. En M. M. Pérez & M. C. Macías (Coords.), *Marco teórico conceptual sobre menores versus niñas, niños y adolescentes*, pp. 1-11. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Arnaud, L. (2023). Importancia de la salud mental en la primera infancia y su repercusión en la etapa adulta. *FIPCAEC*, 8(2), pp.1-26.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1967). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Castañeda, M. (2018). *El principio pro persona ante la ponderación de derechos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Civila de Dios, S., Romero-Rodríguez, L., & Aguaded, I. (2020). El lenguaje como creador de realidades y opinión pública: Análisis crítico a la luz del actual ecosistema mediático. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*, 24(67), pp. 139-157. <https://iconos.flacsoandes.edu.ec/index.php/iconos/article/view/3942>
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Pearson Educación.
- Escobar, H. (2003). Historia y naturaleza de la psicología del desarrollo. *Universitas Psychologica*, 2(1), pp. 71-88. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64720109.pdf>
- Figueiras, A., Neves, I., Rios, V., & Benguigui, Y. (2011). *Manual de vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. Organización Panamericana de la Salud.

- González, F. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de la alteridad. *Psicología desde el Caribe*, (20), pp. 1-27.
- Harendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Ediciones Península.
- Kant, I. (2004). *Filosofía de la historia. Qué es la ilustración*. Terramar Ediciones.
- Kant, I. (2007). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Pedro M. Rosario Barbosa.
- Marín, M., Quintero, P., & Rivera, S. (2019). Influencia de las relaciones familiares en la primera infancia. *Poiésis*, (36), pp. 231-247. <https://revistas.ucatolicaluissamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/3196/2457>
- Martínez, C., Anaya, M., & Salgado, D. (2014). Desarrollo de la personalidad y virtudes sociales: Relaciones en el contexto educativo familiar. *Educación y Educadores*, 17(3), pp. 447-467. <https://www.redalyc.org/pdf/834/83433781003.pdf>
- Méndez, F. (2013). Salud mental infantil: De qué hablamos al referirnos al niño en psicopatología. Prevención y clínica en psicopatología infantil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), pp. 353-372. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v34n122/08original07.pdf>
- Meraz-Arriola, G. (2010). Historia universal de la infancia. *Acta Pediátrica de México*, 31(6), 265-267. <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640326001.pdf>
- Peña, G., & Cañoto, Y. (2014). *Introducción a la psicología general*. Universidad Católica.
- Rabasa, A., Casillas, M., & Camaño, D. (2020). *Evidencia científica. Cuadernos de jurisprudencia número 2*. Centro de Estudios Constitucionales y Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Rousseau, J. (1984). *Emilio, o de la educación*. Porrúa.
- Segovia, M., Moreta, K., Guevara, A., & Ramos, G. (2002). Los traumas infantiles y sus repercusiones en la adultez. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(3), pp. 65-76. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966190>
- Suárez, P., & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: Una mirada desde la efectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), pp. 173-198. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573534>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2021). *Protocolo para juzgar con perspectiva de infancia y adolescencia*. Suprema Corte de Justicia de la Nación.



CONCYTEO

CONSEJO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
DEL ESTADO DE QUERÉTARO