



¿Epidemia de tristeza o desajuste estructural? Una lectura sociológica de la “crisis mundial de salud mental”

- An Epidemic of Sadness or Structural Maladjustment? A Sociological Reading of the “Global Mental Health Crisis”
- Epidemia de tristeza ou desequilíbrio estrutural? Uma abordagem sociológica da “crise mundial de saúde mental”

Paula Pedraza-Peña¹

Resumen: El ensayo propone una lectura sociológica de la que ha sido denominada como “crisis mundial de salud mental” situándola más allá del incremento de diagnósticos y la demanda de servicios. En los últimos años, especialmente tras la pandemia de COVID-19, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han advertido un aumento sostenido de los trastornos depresivos y ansiosos, así como una brecha creciente entre la demanda de atención psicosocial y una incapacidad institucional de respuesta. Sin embargo, más allá de los indicadores, el fenómeno revela un malestar más profundo asociado a condiciones estructurales que ha configurado la modernidad.

El desarrollo del texto articula aportes de la sociología clásica y contemporánea para pensar la salud mental como un fenómeno social. Desde la *anomia* de Émile Durkheim hasta la *fatiga de ser uno mismo* de Alain Ehrenberg, pasando por la noción de *seguridad ontológica* de Anthony Giddens se argumenta que el estado crítico de la salud mental en la actualidad responde a un orden social que individualiza el riesgo y delega en cada sujeto la responsabilidad de su propio bienestar. El ensayo concluye que la llamada “crisis mundial de salud mental” no es una simple epidemia de ansiedad o depresión, sino un síntoma de desajuste estructural: la expresión subjetiva de una sociedad que impone la autorrealización y el equilibrio emocional como mandatos individuales mientras se asienta en condiciones de profunda desigualdad que los vuelven inalcanzables.

Palabras clave: Salud mental, Determinantes sociales de la salud, Crisis sanitaria, Malestar social.

¹ Profesional en Sociología, Magíster en Estudios Sociales y Magíster en Estudios de Género
<https://orcid.org/0000-0002-2386-8334>

Abstract: This work offers a sociological reading of what has come to be referred to as the “global mental health crisis,” situating it beyond the mere rise in diagnoses and the growing demand for services. In recent years, particularly in the aftermath of the COVID-19 pandemic, international organizations such as the World Health Organization (WHO) have warned of sustained increases in depressive and anxiety disorders, alongside a widening gap between demand for psychosocial care and institutional capacity to respond. However, beyond these indicators, the phenomenon reflects a deeper form of distress embedded in the structural conditions of modernity.

This article brings together insights from classical and contemporary sociology to frame mental health as a social phenomenon. Drawing on Émile Durkheim’s notion of *anomie*, Alain Ehrenberg’s concept of the *weariness of the self*, and Anthony Giddens’s idea of *ontological security*, the article contends that the current critical state of mental health is shaped by a social order that individualizes risk and makes subjects individually responsible for their own well-being. The paper concludes that the so-called “global mental health crisis” is not merely an epidemic of anxiety or depression, but rather a symptom of structural maladjustment: the subjective expression of a society that imposes self-realization and emotional balance as individual imperatives while resting on conditions of profound inequality that render these demands unattainable.

Keywords: mental health, social determinants of health, health crisis, social distress.

Resumo: Este ensaio propõe uma abordagem sociológica do que tem se denominado “crise mundial de saúde mental”, evidenciada pelo aumento dos diagnósticos e da demanda por serviços. Nos últimos anos, especialmente após a pandemia de COVID-19, organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm observado um aumento contínuo dos transtornos de depressão e de ansiedade, bem como uma crescente diferença entre a demanda por atendimento psicossocial e a incapacidade de respostas por parte das instituições. No entanto, além dos indicadores, o fenômeno revela um mal-estar mais profundo associado às condições estruturais da sociedade moderna.

O texto aborda as contribuições da sociologia clássica e contemporânea para pensar na saúde mental como um fenômeno social. Da *anomia* de Émile Durkheim à *fadiga de ser si mesmo* de Alain Ehrenberg, passando pela noção de *segurança ontológica* de Anthony Giddens, argumenta-se que o estado crítico da saúde mental atualmente responde a uma ordem social que individualiza o risco e delega a cada sujeito a responsabilidade por seu próprio bem-estar. O ensaio conclui que a chamada “crise mundial de saúde mental” não é uma simples epidemia de ansiedade ou depressão, mas sim um sintoma de desequilíbrio estrutural: a expressão subjetiva de uma sociedade que impõe a autorrealização e o equilíbrio emocional como mandatos individuais, mas que se fundamenta em condições de profunda desigualdade que os tornam inalcançáveis.

Palavras-chave: Saúde mental, Determinantes sociais da saúde, Crise sanitária, Mal-estar social.

Introducción

La salud mental es un tema que en los últimos años ha adquirido una relevancia creciente en distintos espacios: la opinión pública, el debate político, los programas gubernamentales, las conversaciones cotidianas, las publicaciones en medios digitales, entre muchos otros. Con la llegada de la pandemia de COVID-19, el año 2020 representó un punto de inflexión en la manera en que se comprende la salud a nivel mundial, no solo por la crisis sanitaria que implicó, sino porque en un contexto en el que la mayoría de las personas se vieron forzadas a quedarse en sus casas y aislarse socialmente, los criterios que se consideraban para hablar del bienestar dejaron de reducirse a lo físico para incluir lo emocional y lo psicológico. “No hay salud sin salud mental” (1), afirmaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia finales de ese año.

Con la pandemia, la necesidad de mirar para adentro –y la dificultad de hacerlo– salió a flote poniendo de manifiesto que aquello que ocurría ‘dentro’ de cada persona se encontraba directamente entrelazado con la serie de eventos y situaciones que ocurría ‘fuera’ de ellas: “las adversidades generadas por la pandemia, como la inestabilidad laboral, las dificultades económicas, el aislamiento y la limitación del acceso a los sistemas de apoyo social, y la pérdida de seres queridos (...) representan tan solo algunos factores de riesgo a corto y largo plazo para los problemas de salud mental” (2, p. VII). Así, lo que parecía un repliegue hacia lo individual terminó por evidenciar la dimensión colectiva del malestar dejando al descubierto complicaciones importantes de la estructura social contemporánea.

El necesario reconocimiento y visibilización de problemáticas que antes eran relegadas se conjugó con un ambiente de inseguridad y angustia generalizada, lo que llevó a que las propiedades, las manifestaciones y las dimensiones de la salud mental –ya no como asunto individual sino como fenómeno social– se intensificaran de manera exponencial. En este contexto, la OMS (3) reconoció que a partir del 2020 hubo un aumento significativo en la prevalencia del trastorno depresivo y trastorno de ansiedad en todo el mundo, hecho que marcó el surgimiento de una “crisis mundial de salud mental” asociada tanto al incremento en la demanda de servicios de salud mental como a la respuesta insuficiente de los sistemas de salud ante dichas necesidades.

Esta crisis, más que un episodio pasajero o un efecto colateral de la pandemia, constituye un síntoma de un malestar más profundo. Si esta situación se observa más allá de la lógica de la oferta y la demanda de servicios de salud y se sitúa en el plano de lo social y lo estructural, surge una pregunta fundamental: ¿Qué revela una sociedad que enfrenta una crisis de tales magnitudes y características? El presente ensayo pretende brindar algunas luces a dicho cuestionamiento sosteniendo que el estado actual de la salud mental en el mundo trasciende lo que la pandemia y el aislamiento social pudieron representar para las personas. La llamada “crisis mundial de salud mental” no se limita a un asunto epidemiológico, como lo han bautizado algunos (4), sino que constituye el reflejo de una estructura social incapaz de brindar *seguridad ontológica* a sus miembros en el sentido otorgado por Anthony Giddens (5).

A partir del diálogo con algunos planteamientos sociológicos, en este ensayo se argumenta que el malestar contemporáneo asociado a la salud mental no puede entenderse como un efecto colateral del COVID-19, sino como un síntoma de las dinámicas propias de la modernidad y de las condiciones estructurales que configuran la vida en las sociedades actuales. Con este propósito, el ensayo se divide en tres secciones: en primer lugar, presenta algunos datos que permiten dimensionar eso que se ha denominado “crisis mundial de salud mental”, considerando información y cifras mundiales, regionales y locales; en segundo lugar, hace un breve recorrido por algunos aportes desarrollados desde la sociología para comprender el malestar social en sus distintas manifestaciones; y, por último, da cuenta de la importancia de considerar la interrelación entre lo estructural y lo individual para abordar la salud mental.

La “crisis mundial de salud mental”: dimensiones del fenómeno

La llamada “crisis mundial de salud mental” comprende múltiples dimensiones interrelacionadas: aumento de la prevalencia de trastornos mentales, demanda creciente de atención psicosocial y respuesta institucional insuficiente, ineficaz e inequitativa por mencionar sólo algunas de las más significativas. La OMS estimó que durante el primer año de la pandemia

la prevalencia de la depresión y la ansiedad aumentó en un 25 % a nivel mundial (6,7). En distintos países, la emergencia sanitaria actuó como catalizador de necesidades acumuladas al tiempo que interrumpió la oferta regular de atención. Distintas revisiones sistemáticas han documentado un incremento generalizado de síntomas de ansiedad, depresión y estrés junto con un aumento en las consultas y derivaciones, especialmente en adolescentes y mujeres (8,9). Esta tendencia ha traído como consecuencia una sobrecarga persistente de los servicios de salud mental caracterizada por listas de espera crecientes, escasez de recursos y una demanda insatisfecha de equipos profesionales (10,11), lo que revela la incapacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades actuales de la población.

En Europa y América del Norte la evidencia muestra que desde 2020 ha habido una diversificación de los canales de atención en salud mental con expansión de la consulta remota y programas comunitarios que complementan los servicios especializados (12). Se identificaron también nuevas pautas de uso marcadas por la reconfiguración de la demanda (13), el aumento de consultas preventivas y la búsqueda temprana de apoyo psicológico (14). Simultáneamente, los sistemas enfrentan tensiones estructurales por la falta de integración entre niveles de atención y la escasa coordinación intersectorial (15,16). En conjunto, los hallazgos de estas revisiones sugieren que la llamada “crisis mundial de salud mental” no solo expresa un incremento ‘epidemiológico’ de los trastornos mentales, sino también una incapacidad de los sistemas sanitarios para absorber la elevada demanda.

Adicionalmente, es importante destacar que el fenómeno adquiere matices importantes según las condiciones – económicas, sociales, políticas – en que se encuentren las personas. La OMS, a través del *Mental Health Gap Action Programme* (MHGAP) advierte que en países de ingresos bajos y medios hasta un 75 % de las personas con trastornos mentales no reciben atención adecuada (17). Pese a la existencia de múltiples recomendaciones para el abordaje de la salud mental que resultan, a su vez, de la actualización de guías clínicas y políticas de tratamiento (18), la cobertura real sigue siendo limitada por la falta de recursos, la estigmatización y la baja priorización presupuestal. En este marco, la desigualdad socioeconómica agrava el panorama: quienes tienen menores ingresos presen-

tan mayor riesgo de ansiedad y depresión y menor acceso a servicios efectivos, según un estudio que se llevó a cabo con datos de 111 países (19).

En América Latina, por ejemplo, se encuentran patrones similares a los mencionados previamente, aunque con brechas más profundas: según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para 2023 más del 80 % de los países de la región reportaron un aumento en la demanda de atención en salud mental, mientras que más del 60 % informó limitaciones en la disponibilidad de personal especializado y financiamiento (20). Con esto, se entiende que la “crisis mundial de salud mental” se expresa en la región como una combinación de alta demanda no satisfecha y la histórica debilidad estructural de los sistemas de salud para responder a necesidades complejas y crecientes.

En conjunto, la información sobre las características de la situación actual de la salud mental en el mundo muestra que esta “crisis” trasciende lo individual y los sistemas de salud en sí mismos: se trata de un fenómeno que refleja condiciones estructurales, desigualdades sociales y transformaciones propias de la vida contemporánea que influyen tanto en los modos de vida como en las experiencias subjetivas de las personas. Comprenderla únicamente desde la perspectiva clínica o epidemiológica resulta insuficiente; es necesario abordarla como un fenómeno social en el que los malestares individuales se entrelazan con dinámicas estructurales características de la modernidad, modelos de vida que imponen expectativas inalcanzables e instituciones sociales fragmentadas que acen- túan la crisis del sentido vigente. Un enfoque sociológico permite analizar no solo los síntomas de esta ‘enfermedad’ social, sino también sus causas subyacentes mediante la interpretación de esos procesos de individualización de la vida cotidiana que han contribuido al estado actual de la salud mental en el mundo.

La salud mental como fenómeno de observación sociológica

Desde sus orígenes, la sociología ha ofrecido claves fundamentales para la comprensión del vínculo entre el malestar individual y el orden social. Mucho antes de que la salud mental

se consolidara como tema del campo médico o psicológico –y de que se convirtiera en una problemática amplia y cotidiana como lo es en la actualidad–, Émile Durkheim demostró que comportamientos y decisiones relacionadas con la manera en que se afronta el sufrimiento individual respondían a condiciones estructurales y formas específicas de organización social. En *El Suicidio* (1897), el autor recurre al concepto de *anomia* para referirse a un estado de desregulación moral que emerge cuando los lazos sociales se debilitan y las normas pierden su fuerza orientadora. Con esto, afirma que “el malestar que sufrimos no se debe a que las causas objetivas del sufrimiento hayan aumentado en número o intensidad. Da fe no sólo del incremento de la miseria económica, sino así mismo de una alarmante miseria moral” (21, p. 482). Para Durkheim, el suicidio sería resultado de una sociedad en la que han colapsado las formas de integración –una sociedad anómica–, dejando a las personas ante una libertad que acarrea la dificultad de tener que hallar por sí mismas esa fuerza orientadora de la que ahora carecen.

Desde esta perspectiva se puede entender que la serie de incertidumbres individuales que hacen parte de la cotidianidad son el cimiento para la emergencia de situaciones como la “crisis mundial de salud mental”, siendo claro que ambas cosas surgen y se mantienen debido a una ausencia de garantías estructurales que no solo se relacionan con la respuesta a la demanda creciente de servicios de salud, sino a la crisis generalizada de sentido. En esta misma línea, emerge el concepto de *seguridad ontológica* desarrollado por Anthony Giddens para señalar cómo esas incertidumbres propias de la modernidad –ya no del mundo pospandémico– socavan la confianza que las personas tienen en sí mismas y en el entorno que las rodea trayendo consigo una sensación de inseguridad con respecto a la existencia misma.

Partiendo de la premisa de que “ser una persona es conocer, prácticamente siempre, mediante algún tipo de descripción o de alguna otra manera, tanto lo que uno hace como el por qué lo hace” (22, p. 51), Giddens despliega toda una teoría que pretende explicar el vínculo entre la estructura y el individuo centrándose en las transformaciones de la identidad personal y el tipo de vínculos sociales que se han establecido en la modernidad. El conocer y entender lo que uno hace y, aún más, el *por qué* lo hace, resulta en un aspecto fundamental

para comprender la “crisis mundial de salud mental” no desde el plano asistencial, sino desde lo que hay detrás del crecimiento de la demanda de servicios y el aumento de la prevalencia de trastornos mentales. La falta de certeza en cuanto a las razones que justifican la propia existencia y hacen de esta misma algo que tiene sentido para cada quien.

Es necesario destacar que la propuesta de Giddens no se centra en la salud mental en sí misma puesto que proviene de un análisis sociológico sobre mecanismos psicológicos que sostienen la acción social. Sin embargo, es un autor fundamental para dar cuenta del abordaje de la salud mental desde la sociología, ya que al incorporar nociones como *seguridad*, *confianza* y *angustia* para explicar la disposición del individuo hacia su entorno proporciona herramientas clave para comprender la salud mental como un fenómeno anclado a las estructuras sociales y resultante de las experiencias de la modernidad. Al reconocer que “ser ontológicamente seguro es poseer, en el nivel del inconsciente y de la conciencia práctica, «respuestas» a cuestiones existenciales fundamentales que se plantea de alguna manera toda vida humana” (22, p. 66), Giddens permite entender que la falta de certezas, la pérdida de confianza y la fragilidad de las identidades son factores que inciden en el bienestar psicológico de las personas y, seguido a esto, en su salud mental.

Hasta aquí, se han mencionado algunos aportes importantes que ha ofrecido la sociología para comprender el terreno social en el que surge el malestar contemporáneo. Al describir la modernidad como un contexto que erosiona las certezas y obliga al individuo a una reflexividad constante, Giddens identifica las fuentes de una angustia existencial difusa: la fragilidad de la seguridad ontológica. En este marco resulta fundamental retomar también la tesis de Alain Ehrenberg sobre la fatiga de ser uno mismo como manifestación del vínculo entre depresión y sociedad. En su obra, el autor desplaza el análisis de la depresión desde el modelo del conflicto psíquico hacia lo que denomina *patología de la responsabilidad* afirmando que la depresión moderna emerge como “la tragedia de la insuficiencia. Es la sombra familiar del hombre sin guía, fatigado de emprender su marcha al futuro apoyado solamente en sí mismo” (23, p. 19). Esta formulación captura con precisión la paradoja fundamental: en una sociedad que ha eliminado las prohibiciones tradicionales, pero ha instalado el imperativo

del rendimiento y la realización personal, el individuo se encuentra abandonado a su propia suerte, condenado a ser libre pero desprovisto de los recursos simbólicos para ejercer dicha libertad.

De este modo, la reconstrucción de las propuestas analíticas de estos autores permite reconocer que la sociología ha traído a discusión un elemento que, por lo general, el campo de la salud suele omitir entre los condicionantes del bienestar psíquico: la modernidad y la particular disposición mental que esta ha configurado. La libertad —y exigencia— de que cada quien se haga cargo de sí mismo, principio fundamental de la modernidad, ha desencadenado un sinfín de posibilidades, pero también una acumulación de cargas existenciales: “los individuos no son tanto impelidos como parentoriamente invitados a constituirse en individuos” (24, p. 41). En las sociedades modernas cada persona quiere/debe poder planificarse, organizarse y adaptarse para dar sentido a su propia biografía; esto, como resultado de que ahí donde antes la estructura social ofrecía certezas, ahora se consolida la obligación individual de encontrarle un por qué a la existencia.

Más allá de una epidemia depresiva: la individualización y las múltiples crisis contemporáneas

El vínculo entre las transformaciones de la modernidad y la crisis de salud mental, explorado previamente, aterriza de manera directa en uno de los ‘diagnósticos’ sociológicos más relevantes de las últimas décadas: el proceso de individualización de la vida social. Es en este fenómeno donde se condensan las paradojas de una época que, al tiempo que promete autonomía, genera nuevas formas de vulnerabilidad para sus individuos. Siguiendo lo expuesto por Ulrich Beck y Elisabeth Beck-Gernsheim (2003) es equívoco pensar que las lógicas individualistas contemporáneas solo han traído consigo consecuencias positivas, pues, si bien el principio de libertad —característico de las sociedades modernas— ha implicado un sinfín de transformaciones sociales que han beneficiado a diversas poblaciones, es un hecho que esto ha venido acompañado

por una redefinición de la vida bajo un mandato de autorrealización que carga a los individuos de una responsabilidad sin precedentes.

Beck y Beck-Gernsheim caracterizaron estos cambios como el paso de una biografía ‘predeterminada’ por la estructura a una biografía ‘hágalo usted mismo’ que acarrea una demanda significativa de recursos —físicos, simbólicos, emocionales, etc.— para los individuos, así como también la obligación de asumir las consecuencias de las decisiones que se han tomado para la consecución de dicha biografía. En sus palabras:

Las oportunidades, los peligros y las incertidumbres biográficas, que antes estaban predefinidas dentro de la asociación familiar o de la comunidad rural, o a tenor de las normativas de los estados o clases asistenciales, deben ahora percibirse, interpretarse, decidirse y procesarse por los propios individuos. Las consecuencias —tanto las oportunidades como las cargas— pasan ahora a los individuos, que, naturalmente, frente a la complejidad de las interrelaciones sociales, se ven a menudo incapaces de tomar las necesarias decisiones con el debido fundamento, ponderando los intereses, la moral y las posibles consecuencias (24, p. 44).

Es en la brecha entre el imperativo ideológico de la autosuficiencia que sustenta la individualización y la experiencia real de la incertidumbre, la inseguridad y la vulnerabilidad donde puede centrarse el epicentro de la crisis de salud mental contemporánea. La ansiedad, la depresión y la fatiga existencial emergen no como patologías meramente individuales, sino como síntomas de una contradicción social fundamental: la de ser responsables de una biografía que, en un contexto de precariedad económica, vínculos frágiles y futuros inciertos, escapa en gran medida a nuestro control.

Lo anterior se vincula con el concepto de *individualización del malestar* que da cuenta de que las expresiones psíquicas contemporáneas responden a contradicciones profundas del lazo social, traducéndose en “la experiencia de desconfianza, de miedo (o angustia) y de debilitamiento de un sentido propiamente humano de la vida” (25, p. 90). Así, se entiende que la individualización opera en un doble sentido: mientras el sufrimiento se experimenta como una carga privada, su origen

se encuentra en expectativas sociales que responsabilizan al individuo de cumplir con imperativos de autorrealización que, al mismo tiempo, resultan estructuralmente inalcanzables. Esta dinámica encuentra su expresión más clara en la “crisis mundial de salud mental” que denota el colapso generalizado ante la exigencia de optimización personal, el síntoma característico de la modernidad.

En ese sentido, las magnitudes y características de la emergencia de salud mental actual, lejos de tratarse de patologías aisladas, reflejan un estado de anomia contemporánea en el que el surgimiento de una multiplicidad de opciones de vida ha implicado el contrasentido de hacer a los individuos “más propensos a vivir la angustia de la autodeterminación y el enfrentamiento solitario de circunstancias vitales” (26, p. 655). Este diagnóstico se agrava cuando se considera el cúmulo de crisis que definen los tiempos actuales: las económicas, que generan ansiedades financieras crónicas; las ambientales, que producen un estrés ante lo incontrolable; las identitarias, que se manifiestan en experiencias de desarraigo; y las crisis de sentido, donde la idea de no-futuro se instala como horizonte.

Por último, es fundamental destacar que frente a este panorama, la popular respuesta de lo que se ha llamado ‘autoayuda’ resulta particularmente sintomática. Al centrarse en ‘empoderar’ a las personas, naturaliza la idea de que los problemas sociales deben resolverse mediante esfuerzo individual, invisibilizando cómo las condiciones estructurales superan ampliamente la voluntad de cada persona. Esta lógica refuerza un discurso individualista que mientras aparenta validar la importancia de la salud mental termina por patologizar y estigmatizar a quienes no logran ‘superarse’, creando una contradicción que reconoce discursivamente el problema mientras en la práctica se culpabiliza a quienes lo experimentan. De modo que la crisis de salud mental revela, en última instancia, el costo subjetivo de una sociedad que exige al individuo lo que le niega como condición: el reconocimiento de su vulnerabilidad y la necesidad de un sostén colectivo.

Conclusión

La denominada “crisis mundial de salud mental” debe interpretarse, en clave sociológica, como la manifestación sintomática de un desajuste estructural propio de la modernidad tardía. Los sistemas sanitarios sobrepasados —desde Europa hasta América Latina— no solo reflejan un aumento en la prevalencia de diagnósticos, sino el agotamiento de un modelo que ha transferido al ámbito individual la responsabilidad de un malestar socialmente producido. En este contexto, la epidemia de tristeza que recorre el mundo puede leerse como un espejo del desajuste estructural y las contradicciones de la modernidad: una sociedad que exige bienestar sin ofrecer estabilidad.

Desde la sociología clásica y contemporánea se ha analizado la manera en que la erosión de los referentes colectivos y la presión por el rendimiento producen un vacío que los individuos deben gestionar en solitario. La anomia y la fatiga de ser uno mismo son dos caras de una misma moneda: la del individuo abandonado a su propia suerte en un contexto de creciente incertidumbre existencial. Pese a esto, en la actualidad el abordaje de la salud mental ha migrado del sanatorio a la esfera del mercado del bienestar, materializándose en ofertas como cursos virtuales de *mindfulness* que al omitir los condicionantes estructurales que configuran la experiencia subjetiva instan a las personas a autorregular sus emociones en plazos acelerados, con condiciones insuficientes. Esta práctica, lejos de ser neutral, reproduce el núcleo mismo de la problemática: la obligación de dotar de sentido a la existencia de manera autónoma, en un escenario social marcado por crisis económicas, ambientales, políticas y de sentido que desbordan la capacidad de agencia individual. Se entiende entonces que la verdadera crisis mundial no sería la de salud mental, sino la del lazo social contemporáneo.

Conflicto de interés: Se declara que no existe ningún conflicto de interés que afecte la objetividad del artículo.

Financiamiento: El presente artículo no contó con algún tipo de financiación.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. No hay salud sin salud mental [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/92582>.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de salud mental: transformar la salud mental para todos [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
4. Vázquez-Canales LM. La gran epidemia del siglo XXI se llama salud mental. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2023 [citado 18 nov 2025]; 5 (4):100184. Disponibilidad: 10.1016/j.appr.2023.100184.
5. Giddens A. The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. Berkeley: University of California Press; 1984.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre la repercusión de la pandemia [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Salud Mental: Transformando la Salud Mental para Todos [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
8. Madigan S, Racine N, Vaillancourt T, Korczak DJ, Hopkin J, AlMansour Z. A Systematic Review and Meta-Analysis: Child and Adolescent Healthcare Utilization for Eating Disorders during the COVID-19 Pandemic. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2025 [citado 18 nov 2025]; 64 (1): pp. 45-60. doi: 10.1016/j.jaac.2024.02.009.
9. De Caro EF, Delvecchio E, Pagano P, Garofalo C, Orgilés M, Mazzeschi C. Child and Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. Journal of Applied Developmental Psychology [Internet]. 2025 [citado 18 nov 2025]; 99:101811. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2025.101811>.
10. Sculco C, Greenblatt J, McManus K, Horvath L, Sikov J, Frimpong E, et al. Access and Use of General and Mental Health Services during and after the COVID-19 Pandemic: Systematic Synthesis. BMJ Open [Internet]. 2025 [citado 18 nov 2025]; 15(3): e085432. Doi: 10.1136/bmjopen-2024-091342.
11. Juraszek P, Kaczmarek-Majer K, Hryniewicz K, Świtaj P. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Demand for Mental Health Services. Front Public Health [Internet]. 2025 [citado 18 nov 2025]; 13:1287654. doi: 10.3389/fpubh.2025.1499628.
12. Ahmed N, Barnett P, Greenburgh A, Pemovska T, Stefanidou T, Lyons N, Ikhtabi S, Talwar S, Francis ER, Harris SM, Shah P, Machin K, Jeffreys S, Mitchell L, Lynch C, Foye U, Schlieff M, Appleton R, Saunders KRK, Baldwin H, Allan SM, Sheridan-Rains L, Kharboutly O, Kular A, Goldblatt P, Stewart R, Kirkbride JB, Lloyd-Evans B, Johnson S. Mental Health in Europe during the COVID-19 Pandemic: a Systematic Review. Lancet Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 18 nov 2025]; 10(7): pp. 537-556. doi:10.1016/S2215-0366(23)00113-X.
13. Rodríguez-Blázquez C, Aldridge SJ, Bernal-Delgado E, Calomfirescu C, Dolanski-Aghamanoukjan L, Estupiñán-Romero F, Gissler M, Gruber B, Idavain J, Larose TL, Lyons RA, Mathis-Edenhofer S, Miller K, Misiňš J, Radulescu S, Rätsep M, Sagerschnig S, Sandu P, Šitcs J, Pavlovská Z, Thißen M, Tolonen H, Garriga C, Forjaz MJ. Changes in Mental Health Diagnosis and Healthcare Use in Europe. Eur Psychiatry [Internet]. 2025 [citado 18 nov 2025]; 35(3): pp. 484-490. doi: 10.1093/eurpub/ckaf065.
14. Rossom RC, Yeh H-H, Ma L, Penfold RB, Hooker SA, Miller-Matero LR, Simon G, Owen-Smith A, Borgert-Spaniol CM, Ahmedani B. Changes in Utilization of In-Person and Virtual Outpatient Mental Health Visits before and during the COVID-19 Pandemic: An Observational Cohort Study. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2025 [citado 18 nov 2025]; 104(17): e42305. doi: 10.1097/MD.00000000000042305.

15. Health Resources and Services Administration. *State of the Behavioral Health Workforce, 2024*. HRSA Health Workforce. 2024. Disponible en: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/state-of-the-behavioral-health-workforce-report-2024.pdf>.
16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Expanding Behavioral Health Care Workforce Participation in Medicare, Medicaid, and Marketplace plans. Bethesda: NIH; 2023. Capítulo 2, Behavioral Health Needs in the United States; pp. 31-48. Disponible en: <https://www.nationalacademies.org/read/27759/chapter/4#47>.
17. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Gap Action Programme (MHGAP) [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>.
18. Organización Mundial de la Salud. WHO Issues New and Updated Recommendations on Treatment of Mental, Neurological and Substance Use Conditions [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/20-11-2023-who-issues-new-and-updated-recommendations-on-treatment-of-mental--neurological-and-substance-use-conditions>.
19. Henking C, Reeves A, Chrisinger B. Global Inequalities in Mental Health Problems: Understanding the Predictors of Lifetime Prevalence, Treatment Utilisation and Perceived Helpfulness across 111 Countries. *Prev Med* [Internet]. 2023 [citado 18 nov 2025]; 177:107769. doi: 10.1016/j.ypmed.2023.107769.
20. Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la salud mental en las Américas 2023 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 18 nov 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/panorama-salud-mental-americas-2023>
21. Durkheim E. *Le suicide*. Paris: Félix Alcan; 1897.
22. Giddens A. *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península; 1995.
23. Ehrenberg A. *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2000.
24. Beck U, Beck-Gernsheim E. *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós; 2003.
25. Aceituno R, Miranda G, Jiménez-Molina Á. Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales* [Internet]. 2012 [citado 18 nov 2025]; 7(3): pp. 87-102. Disponible en: <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/21730/23040>.
26. Parales-Quenza CJ. Anomia Social y Salud Mental Pública. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008 [citado 18 nov 2025]; 10(4): pp. 658-666. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000400016.

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2025

Aceptado para publicación: 31 de diciembre de 2025

Correspondencia: Paula Andrea Pedraza-Peña

Correo electrónico: pedrazapaulandrea@gmail.com
Bogotá, D. C., Colombia