

Instituto de Investigaciones Gino Germani

8vas. Jornadas de Jóvenes Investigadores

4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

Nombre y Apellido: Juan Manuel Iglesias Frecha y Lissette Fuentes Lorca.

Afiliación institucional: Facultad de Ciencias Sociales (UBA)

Formación académica en curso: Estudiantes de grado de la carrera de Sociología.

Correo electrónico: jjmiglesias@gmail.com, lissette401@gmail.com

Eje problemático propuesto: Eje 14. Saberes, prácticas y procesos educativos.

Título: Prácticas médicas: ¿naturalización o ruptura? Un estudio sobre las representaciones sociales de estudiantes de medicina (U.B.A) acerca de la ley nacional de salud mental 26.687.

I. Introducción

El presente trabajo de investigación nace de una profunda reflexión teórica acerca de la epistemología de la psiquiatría, interés cultivado durante los años de formación académica y finalmente volcadas (algunas de ellas) en estas hojas. tras haber surgido en el contexto de cursada de una materia obligatoria, nos incentivó a salir al campo y prestar más atención en las prácticas de transmisión del saber de una disciplina muy cuestionada durante los últimos años, ya sea por sus alcances limitados en cuanto a la posibilidad de fundar un conocimiento sólido como así también los perjuicios éticos que pueden implicar su ejercicio.

El diagnóstico de “enfermedades” mental - y consecuentemente la noción de *discapacidad mental*-, ha sido siempre un asunto controversial en el campo de la salud, particularmente de la salud mental. Mientras que desde un lado la perspectiva nosográfica clásica se sitúa en un paradigma de corte positivista, donde la sintomatología se presenta como algo “observable”, autores como Berlinguer se sitúan en la orilla opuesta al intentar recuperar la dimensión subjetiva de la “enfermedad” desde el punto de vista del “enfermo”.

En 2010 se aprobó por decreto una nueva Ley Nacional de Salud Mental tendiente a reconocer al *incapaz* como *sujeto de derecho*. Este decreto/ley reconoce derechos consagrados en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1949 mientras que así mismo, se inscribe en un proceso global de desmanicomialización (comenzado en Italia en la década de 1970), que, entre otras cosas, prohíbe la creación de nuevos hospitales neuropsiquiátricos y aboga por la transformación de los actuales en hospitales de día u otro

tipo de instituciones de salud mental no estrictamente totalizantes. Pese a todos estos cambios que podrían sugerirnos aceptar la idea de un progreso en el reconocimiento de los Derechos Humanos de personas con padecimientos mentales, no podemos dejar de resaltar que hay prácticas, tales como el diagnóstico, la medicalización y las internaciones cuyas legitimidades se ven ampliamente cuestionadas tanto por la comunidad científico-académica como gran parte de la sociedad civil (Berstein, 2014). De hecho, corroboramos que en la Argentina, durante el período que va de 2009 a 2014 se han emitido casi 600.000 CUDs (Certificado Único de Discapacidad) de los cuales la moda (que representa casi un 40%) pertenece a la incierta categoría de *discapacidad mental*¹. Incierta categoría, “entrecomillada” puesto que (como hemos dicho) las técnicas y métodos por los cuales se lleva a cabo un diagnóstico en el campo de la salud mental no dejan de ser inciertos. A tal efecto, dicha categoría es la única que requirió de una disposición especial para su determinación.²

Observamos que hay una tendencia histórico-mundial que data de un proceso de expansión de las enfermedades mentales (tanto cuantitativa como cualitativamente) como así también de un régimen asistencial (basado principalmente en la administración de psicofármacos), que se ve impulsado por quienes detentan los mecanismos de su instrumentación y clasificación – al que las leyes nacionales prestan particular atención- que está efectivamente detentado por la OMS conjuntamente con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Esta fue creada en 1948 y desde su entonces se encargó de efectuar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), entre ellas, las denominadas “enfermedades mentales” cuyo modelo estaba basado en la clasificación hecha por el psiquiatra alemán Kraepelin. En la CIE-9 y el DSM-II de la Asociación Americana de Psiquiatría (1968), son muestras acabadas de este proyecto en el clásico ejemplo que implica la patologización de las preferencias sexuales. Inicialmente esta tarea fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS inmediatamente después del período de la posguerra. Las diferencias éticas y metodológicas entre los miembros de la comunidad científica (falta de validez en los instrumentos de medición, prejuicios morales) hizo que más de un médico afín

¹Servicio Nacional de Rehabilitación, *Informe anuario estadístico* (año 2014). “Manuscrito” impreso, no publicado formalmente por el SNR, pero disponible por los autores.

² <http://www.snr.gov.ar/wp-content/uploads/2015/03/CUD-NORMA-MENTAL.pdf>

a la corriente “antipsiquiátrica” fuera objeto de discriminación y persecución política.³ En 2014 mediante la Disp. 197 se sustituye el Anexo IV, la Planilla de Salud Mental, que integraba la Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad Mental aprobada por Disp. 171/2012 del Registro del SNR, y pasó a formar parte de esta como Anexo I. Esta disposición establece: “para evaluar personas se utilizan dos clasificaciones de la OMS, la CIE-10 y la CIF.” Asimismo, sugiere que para la identificación de las *condiciones de salud de origen mental* puede ser *enriquecedor* el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, aclarando que “El proceso de certificación tendrá en cuenta la condición de salud de la persona, siendo esta la puerta de entrada para la evaluación del *perfil de funcionamiento*. Una vez realizada dicha evaluación, la junta evaluadora, determinará si *existe o no* discapacidad.” La CIE-10, implementada entre 1993 y 1999, ha avanzado a nuevos territorios del saber respecto de sus versiones anteriores. Si la CIE-9 (1978) agregó los trastornos de “personalidad” que no figuraban en la CIE-8, la CIE-10 agregó los del “comportamiento”. Este nuevo avance al territorio conductual asume un carácter totalizante al intentar abarcar todas las esferas del mundo de la vida donde se desenvuelve la praxis humana, el quehacer social. En cuanto se refiere al fenómeno de la discapacidad mental, pretende hacer de él un cuerpo de saberes sistematizado que no obstante resulta caótico en cuanto a su aplicación práctica, puesto que los *modus operandi* se subsumen (o se debieran subsumir) a las posibilidades que reconoce legislación local. En argentina (leyes, decretos, disposiciones), no son más que un producto caótico y desordenado y yuxtapuesto de definiciones de organismos internacionales, transnacionales que a veces incluso contradicen o pasan por alto el mismo contenido tanto de los manuales como las leyes, al querer “trasplantar” lo que figuran como “enfermedades” surgidas en una sociedad como la americana al contexto local, permitiéndonos hablar de una inconmensurabilidad de paradigmas científicos. Es más: no sólo se yuxtaponen al compararlas con la nomenclatura local, sino que a menudo al emplear términos como “enfermedad mental” que han caído en desuso a partir del DSM-IV de 1994, se evidencia el carácter estigmatizante y vetusto que ha persistido hasta por lo menos 2010 en la Argentina en

³ BRAUNSTEIN, N., luego de exponer estas ideas en un congreso de psiquiatría organizado en la ciudad de Guanajuato, México en 1977, fue expulsado de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría.

el campo de la Salud Mental permaneció vigente en parte de la legislación y, -como veremos-, aún hoy tienen cierta (sino una gran) presencia en el imaginario social tanto de la comunidad científica como de la sociedad civil.

En aras de echar luz sobre este fenómeno que nos resulta oscuro y enigmático es que decidimos emprender esta búsqueda hacia una etapa previa, constitutiva -si se quiere- de formación de potenciales futuros profesionales de la salud mental. De allí que nuestro principal interés en esta investigación fue tomar como unidades de análisis a cada uno de los estudiantes que estuviesen cursando la materia de Salud Mental en la Carrera de Medicina (UBA) durante el primer cuatrimestre de 2015. Nos propusimos como objetivo general relevar las representaciones sociales en torno a la salud mental (si se quiere en una fase constitutiva previa) para comprender cuáles eran aquellas representaciones que operan en su imaginario social, ya sea como producto del proceso de aprendizaje de los temas tocados durante el curso y/o su conocimiento previo, en pos de visibilizar en qué medida estos incorporan el nuevo paradigma o reproducen el anterior. En este sentido, nuestra primera tesis de trabajo en un nivel más macro si se quiere, parte de considerar es que *es el “ritmo epocal” es decir, los factores sociales, políticos, económicos y culturales, el que influye de manera determinante en las nociones de sentido común que se instalan a la hora de definir qué es y qué no es una patología mental, diagnosticarla y tratarla*. Incluso nos atrevimos a conjeturar que en el contexto en el que nuestras unidades de análisis - Estudiantes de Facultad de Medicina, UBA- adquieren dichos conocimientos, estarían más presentes aquellos enfoques ligados a paradigmas empiristas o “naturalistas (neurociencia y biología), que a matrices psicosociales debido a la naturaleza -no siempre cuestionada- de su disciplina. La otra tesis que trabajamos, ya en un nivel intermedio de análisis fue aquella que sostenemos en otro trabajo⁴ que sostiene que *si bien la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010 constituye un avance respecto al reconocimiento de derechos de personas con discapacidad mental la disposición 197/2012 implica un retroceso en los mismos al sugerir como enriquecedor el uso del manual DSM-IV cuyo contenido mismo es el germen de la discriminación y estigmatización*.

⁴ Iglesias Frecha, J.M. (Julio, 2015). Conceptos y conceptuados. De la imposición categórica al encierro. En *XI Jornadas de Sociología*, Carrera de sociología (UBA), Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://jornadasdesociologia2015.sociales.uba.ar/altaponencia/?acciones2=ver&id_mesa=84&id_ponencia=1626

Ya en un nivel más empírico, concreto, nuestra investigación tomó como objetivos generales:

- Indagar sobre el conocimiento y la opinión de la Ley Nacional de Salud Mental en cada uno de los estudiantes de medicina (UBA) que hubieran cursado la materia Salud Mental durante el primer cuatrimestre de 2015 en CABA.
- Indagar en nuestras unidades de análisis sobre las percepciones sociales acerca de la enfermedad mental en comparación de otro tipo de enfermedades, como así también sobre los métodos de diagnóstico que emplearían. (instrumentos, manuales, etc.)

Mientras que como *objetivos específicos* nos propusimos:

- Establecer un nivel de conocimiento y grado de acuerdo de la Nueva Ley
- .Determinar el grado de visibilidad o invisibilidad que nuestra Unidad de análisis le otorga los factores no biológicos en relación a la enfermedad mental
- Explorar acerca del tipo de argumentos que proponen los estudiantes para diferenciar la enfermedad mental de otro tipo de enfermedades.
- Indagar acerca de los procedimientos que utilizarían o consideran pertinentes para establecer un diagnóstico
- Indagar si existe alguna diferencia entre diagnóstico y enfermedad

La medicalización es parte de la solución y está legitimada por el plexo normativo, aun cuando fuera en contra de la voluntad del paciente. Parte de este problema se debe a la prescindencia teórica presente en la elaboración de los manuales clasificatorios. Ya dijo Ruth Sautu (2003) que no puede haber observación sin teoría y así también lo expresó Braunstein (2014): “No es que no existan las ‘enfermedades mentales’ sino que se las llama a existir por el hecho mismo de nombrarlas, porque producen efectos sobre los *agentes* que las ponen en acción (activos) como sobre sus *pacientes* (pasivos).” El diagnóstico de *padecimientos, enfermedades, trastornos, desórdenes mentales* en psiquiatría, no se hace en base a hechos positivos y objetivables, es decir, directamente observables y con instrumentos de medición fiables, sino que se hace a través cuestionarios autoadministrados que no pueden dar cuenta de las causas ciertas que lo originan.

II. Desarrollo

Reflexión teórica

A la hora de empezar con nuestra investigación indagamos sobre la temática en cuestión o “estado del arte”, donde nos topamos con que la mayoría de investigaciones que abordan la temática de la discapacidad lo hacen pero focalizándose en la discapacidad motriz, mientras que aquellos estudios que se centraban en la noción de “enfermedad” (nos rehusamos a emplear dicho término), lo hacían pero desde una dimensión objetivista, es decir, desde el discurso médico y dejando de lado los aspectos subjetivos de la enfermedad. Para este último punto nos resultó enriquecedor el estudio de Augsburger, A.C. (2008). Ella describe las limitaciones de las taxonomías psiquiátricas elaboradas por la APA en su manual DSM-IV, poniendo el énfasis tanto en sus deficiencias gnoseológicas como epistemológicas. Allí destaca la confusión existente entre la enfermedad mental como fenómeno vivido y su conceptualización médica, que responde a su vez la oposición entre el paradigma subjetivista y objetivista. La autora va a proponer diversos conceptos mediadores (sufrimiento psíquico, malestar) que matizan las terminologías empleadas por el saber biomédico (Psiquiatría), pero sin hacer referencia a aquello que justificaría la intervención clínica.

Nuestro interés se centraba en recuperar las *percepciones sociales* de lo que denominamos “el saber bio-médico en formación” y las pensamos como el conjunto de *representaciones sociales*, opiniones individuales y de los grupos, valoraciones y sentimientos respecto a cuestiones sociohistòricas de trascendencia sociocultural, en este caso, la influencia de los factores sociales para la enfermedad mental y la locura. En este sentido retomamos a Bronislaw Baczko (1984), quien entiende que el concepto de *Imaginario* al sumarle el adjetivo “social”, adopta un sentido más amplio del fenómeno, al designar dos aspectos en la actividad imaginante. Como dirá este autor, la orientación está dada hacia lo social, es decir, hacia la producción de representaciones globales de la sociedad y de todo aquello que la relaciona. Por otro lado, “el mismo adjetivo designa la inserción de la actividad imaginante individual en un fenómeno colectivo. En efecto, las modalidades de imaginar, de reproducir y renovar el imaginario, como las de sentir, pensar, creer, varían de una sociedad a la otra, de una época a la otra y por consiguiente tienen historia”. Es en este sentido que exploramos el imaginario de los estudiantes de medicina, con el fin de aproximarnos a la forma en que conciben y diferencian la enfermedad de la salud, lo patológico de lo normal, lo subjetivo de la enfermedad y lo objetivo. Rescatamos la idea de imaginario social no como un conjunto de representaciones abstractas y aisladas, sino como un cúmulo de saberes pre-teóricos, un

acervo de conocimiento de “receta” , de “primera mano”, y las consecuencias ulteriores de estos imaginarios sociales pueden entenderse como “una pieza efectiva y eficaz del dispositivo de control de la vida colectiva, y en especial, del ejercicio del poder”.

Las *representaciones sociales* sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo se organiza y articula el conocimiento del sentido común con el discurso científico. Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa, configurándose, paralelamente y en simultáneo, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas médicas.

De las problemáticas teóricas planteadas anteriormente nacen nuestros objetivos. Dentro de los generales se buscó indagar en las representaciones sociales que tenían los estudiantes de medicina en torno a la enfermedad mental. Además, se buscó ver cómo esas ideas de sentido común se inscriben o no en el conocimiento de la nueva ley de salud mental. Para los objetivos específicos se profundizó en las opiniones de los estudiantes sobre el diagnóstico, tratamiento, factores médicos y sociales de la enfermedad mental.

En cuanto al aspecto *metodológico*, consideramos que sería de utilidad relevar en un primer momento acerca del conocimiento general de la última Ley Nacional de Salud Mental, como así también relevar el grado de adecuación/disconformidad que desde el imaginario social presentaban nuestras unidades de análisis. Para ello, nos pareció conveniente diseñar un cuestionario estandarizado, dividido en tres grandes ejes o ítems. El primero, como ya dijimos, consistió en un cuestionario tipo test con preguntas cerradas donde había respuestas correctas e incorrectas tanto acerca del contenido de la ley como aspectos contextuales (tales como en qué año había sido sancionada la ley, etc.); el segundo eje (también mencionado), consistió en aplicar el mismo procedimiento pero esta vez con una escala de Likert. Nuestra pretensión en este caso -mediante el empleo de afirmaciones capciosas-, fue relevar el posicionamiento que presentaban los estudiantes frente a cuestiones expresamente establecidas en la ley, tales como la idea del consentimiento informado por parte del paciente, la noción de interdisciplinariedad, etc. Finalmente, para el último eje (Métodos y técnicas de diagnóstico y diferenciación del padecimiento mental), nos reservamos la potestad de hacer entrevistas

abiertas, semiestructuradas, donde no sólo poníamos a los estudiantes frente a definiciones de artículos y les pedíamos su opinión, sino que también les pedimos que nos contaran (entre otras cosas) en qué aspectos se diferenciaba el padecimiento mental de otras enfermedades, si era posible una psiquiatría sin medicalización como así también qué instrumentos de medición utilizarían para un eventual diagnóstico en la materia.

El trabajo de campo fue realizado en dos instancias, no sin antes haber consultado los horarios de las distintas cátedras de Salud Mental vía web. En la primera hicimos un pre-test de nuestro cuestionario, que nos permitió perfeccionar nuestro instrumento de medición agregando nuevas categorías de respuesta y clarificando la formulación de algunas preguntas que presentaron una alta tasa de no-respuesta, y finalmente volvimos al campo a encuestar a dos comisiones distintas de las que habíamos aplicado el pre-test. En general, hubo una buena aceptación por parte de los equipos docentes quienes nos permitieron dejar las encuestas a los alumnos para que las completaran al finalizar la clase.

III Conclusiones:

Resultados

Eje I. Nivel de conocimiento

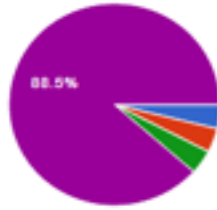
En este eje ponderamos las respuestas, puesto que no nos pareció tan significativo el hecho de conocer el número exacto de la ley, pero en un orden creciente se irán presentando las distintas categorías o valores de respuesta. El año en el cual la ley fue sancionada, como así también el contenido de la misma (principios internacionales incorporados, etc.) consideramos que sí son un punto importante para establecer un nivel de conocimiento de la misma. Aquí presentamos los resultados⁵

Gráficos 1 y 2

⁵ Las preguntas correspondientes pueden consultar en el APÉNDICE METODOLÓGICO.

Todos los gráficos son de elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta.

La Nueva Ley Nacional de Salud Mental es la número:



22.914	1	3.8%
26.657	1	3.8%
22.431	0	0%
24.901	1	3.8%
No sé	23	88.5%

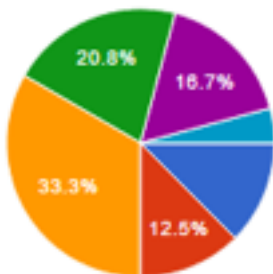
¿En qué año cree que fue sancionada?



2013	15	62.5%
2008	2	8.3%
2010	4	16.7%
2012	3	12.5%
No sé	0	0%

En relación a la pregunta por cómo se considera a la salud mental en la nueva Ley, un 50 por ciento de los encuestados escogió la opción que efectivamente se expresa en el cuerpo legal: “Un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona." El restante grueso (37%), se expresó tomando en cuenta la definición de la OMS que la entiende como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".Respecto a los aspectos más innovadores, a nuestro criterio, en materia de inclusión social presentes en la



nueva Ley, como son sus objetivos principales para 2020, el porcentaje mayor de respuesta se inclinó por el cierre de manicomios públicos y privados, que es la afirmación correcta, seguida por la opción “ninguna de las anteriores” (20,8%), “todas las anteriores” (16,8%) y “Mantener los niveles de empleo de los profesionales de la Salud Mental en general” y “Disminuir las consultas por trastornos mentales en la salud pública” (12,5% respectivamente): La idea de entender la definición de Salud Mental, sino también la manera de diagnosticar un padecimiento como la forma de intervenir sobre la misma va a tener mucho que ver con la forma en la que lo hace esta Organización.

A la hora de considerar los principios y declaraciones declarados en la Ley, los/as encuestados/as podían elegir más de una opción. De ahí que el total supere el número real de personas encuestadas. Si bien la moda fue la opción “Todas las anteriores” (La opción correcta), un 29,2% eligió solamente la de la OMS.

Gráfico 4

Qué principios y declaraciones se incorporaron en la Nueva Ley



Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental	4	16.7%
Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud	0	0%
Declaración de la OMS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud	7	29.2%
Todas las anteriores	10	41.7%
Ninguna de las anteriores	2	8.3%
No sé	1	4.2%

Eje II. *Grado de adecuación a la Nueva Ley*

En este eje aplicamos una escala de Likert para la medición de actitudes frente a normas que, estando presentes en la Ley, tienen a regular las prácticas médicas como así también la forma de intervenir en caso de internaciones. Dicha escala fue aplicada con un gradiente que iba desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”, tomando como categoría intermedia “Ni en desacuerdo ni de acuerdo”.

Para este eje también introducimos un apartado donde se presentaron citas textuales de algunos artículos de la Ley (9; 11 y 14) y pedíamos que se escribiera una opinión. Nuestra intención en este apartado fue la de tratar de comprender como nuestras unidades de análisis entendían fenómenos que iban desde tales la noción de “inclusión social”, “la práctica médica del encierro”, como así también el papel que le otorgaban a la familia y a los vínculos sociales del paciente.

La medición de actitudes arrojó resultados interesantes:

Ante la afirmación “La persona con padecimiento mental debe mantenerse aislada de sus familiares, allegados y su entorno laboral y social”, las opciones totalmente en desacuerdo y en desacuerdo acumulan más del 70% de las preferencias.

Gráfico 5



El posicionamiento de los estudiantes respecto al siguiente enunciado “El status político, socio-económico, como así también la pertenencia a determinado grupo cultural deben tomarse como indicadores a la hora de hacer un diagnóstico” fue el siguiente:

Gráfico 6



Un 50% de los encuestados dijo estar de acuerdo y un 15,4% dijo estar totalmente de acuerdo. Las alternativas totalmente en desacuerdo y en desacuerdo suman casi el 32%. Si bien la ley establece que no se puede hacer un diagnóstico tomando como base “exclusiva” el status socio-económico, etc., no sabemos en qué sentido nuestras unidades de análisis recibieron el concepto “indicador”, por lo que no nos permitimos afirmar nada al respecto.

Para la afirmación: “Las personas con padecimiento mental deben ser objeto de investigaciones clínicas independientemente de su consentimiento siempre que se resguarde su identidad”, las actitudes de los estudiantes estuvieron más divididas, aunque prevaleció la respuesta totalmente en desacuerdo, con un 34,6% de las preferencias. La segunda preferencia la ocupó el no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, con un 23,1%.

Gráfico 7



Estos resultados sí pueden considerarse como algo hipotéticamente alarmante ya que el hecho de que no se respeta el consentimiento del paciente para cualquier tipo de tratamiento y/o investigación puede resultar un hecho grave.

Para el enunciado “Los manicomios, neuropsiquiátricos e instituciones de internación monovalentes, públicos o privados son las instituciones por excelencia para el tratamiento de personas con padecimiento mental” prevaleció la opción ni de acuerdo ni en desacuerdo con un 30,8% de las preferencias. Llama la atención lo poco problematizado que está este punto, cuando a nivel social es lo que ha acaparado el debate: la pertinencia o no de los manicomios para tratar a las personas con padecimiento mental.

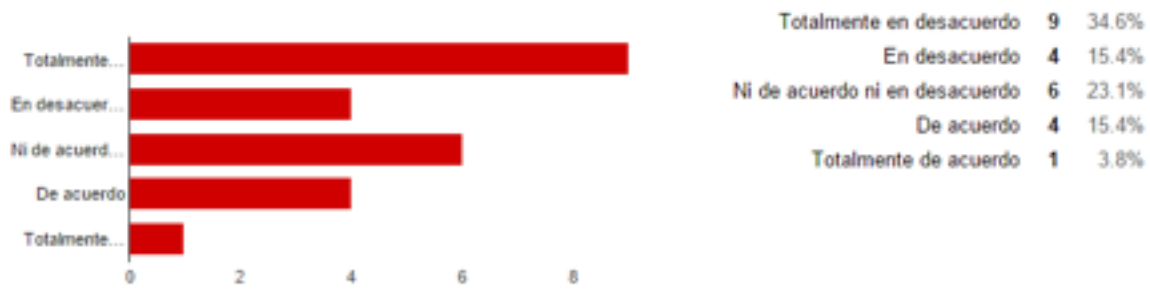
Gráfico 8



En torno a lo que propone la ley de equiparar en parte la autoridad de los psiquiatras con otras disciplinas pertinentes que aporten al tratamiento integral de la enfermedad mental, los estudiantes reconocen esta necesidad. Ante la afirmación: “El psiquiatra debe tener una autoridad por encima del equipo interdisciplinario a la hora de establecer un diagnóstico” las opciones totalmente en desacuerdo y en desacuerdo suman el 50%.

Gráfico

9.



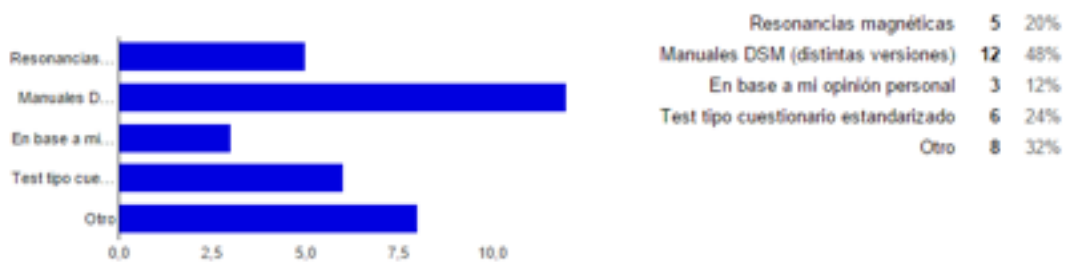
Pareciera ser que entre algunos estudiantes estaría presente la idea de la monopolización de la psiquiatría para cualquier tipo de diagnóstico en detrimento de otros saberes.

Gráfico 10



Los resultados para el ítem 14 fueron los siguientes:

Gráfico 11



Ante el ítem 15:

Gráfico 12



Retomando nuestro planteamiento inicial en torno a indagar en las representaciones sociales de los estudiantes de medicina sobre la enfermedad mental y su conocimiento y opinión en torno a la nueva Ley de Salud Mental, es posible observar de cara a los resultados obtenidos del trabajo empírico, que los estudiantes en general creen que los factores que van más allá de lo médico o biológico sí influyen en la forma de diagnosticar un padecimiento mental, como así también observamos que muchos de ellos ubican en dichos factores el origen de los mismos. Sin embargo, cabe problematizar que estos estudiantes entendían como factores sociales aquellos procedentes del entorno inmediato del paciente (por ejemplo, desintegración familiar o escasa socialización con su grupo de pares), y no veían como tan influyentes a aspectos más estructurales de tipo coyunturales como pueden ser las crisis económicas, la creciente competitividad laboral, la inestabilidad social, la desigualdad económica y/o la exclusión marcada por la preeminencia de valores neoliberales en el contexto de una sociedad capitalista. Otra idea expresada, aunque minoritaria, fue que los factores históricos, socioeconómicos o culturales- más que afectar a la enfermedad mental en su determinación y forma de encararla es decir, pensada como conjunto y no como casos particulares- influyen en los valores, actitudes, decisiones, relaciones personales y manejo en sociedad que cada persona con padecimiento mental adquiriera. Nos interesó desde un primer momento cómo la mirada institucional (en este caso de la Universidad de Buenos Aires) permea las subjetividades e impone un discurso que se vuelve uniforme en los estudiantes. En este sentido, lo que se observó en el trabajo de campo es que aquellos estudiantes de medicina que además son militantes de alguna organización política o construyen tienen una visión que pareciera estar atravesada por algún dictado del partido. Más allá de los elementos institucionales, tienden a ser mucho más críticos de la forma en que se trata a los trastornos

mentales que aquellos que no eran militantes, mientras que en éstos también se observó un mayor conocimiento de la ley. Es desde estos estudiantes que surgió una voz disidente que puso un poco más el foco en la desigualdad social como disparador de un padecimiento mental.

En el caso específico de la nueva Ley de Salud Mental se observó un escaso conocimiento de los aspectos objetivos del cuerpo legal. Una nota para futuras discusiones consistiría en indagar por qué no se incluye la ley como contenido obligatorio en ningún programa de la materia. Uno de los factores explicativos de dicho desconocimiento lo situamos en la poca promoción de la legislación que hace la Facultad de Medicina. Los estudiantes en las entrevistas manifestaron que casi no se habla de los cambios introducidos y que incluso el docente a cargo del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina, el profesor Juan Carlos Stagnaro, es un férreo opositor de las modificaciones introducidas.

En el ámbito del diagnóstico, los estudiantes no desacreditan el uso de manuales estandarizados para determinar el padecimiento psíquico, aunque también hay apertura a fijarse en los contextos en que se desenvuelve la persona, pero siempre como un aspecto complementario y no como factor principal de determinación del carácter de la enfermedad. Las actitudes o posicionamientos que toman los estudiantes ante ciertas afirmaciones nos parece que fue lo más decidor en torno a nuestra hipótesis que dice que los estudiantes en cierta medida reproducen y hacen propio un discurso social en torno al padecimiento psíquico. A la luz de estos resultados se observó que los estudiantes no son críticos de la institución manicomial como lugar de encierro. Además ven al encierro como una opción, aunque sea parcial, a la hora de pensar el tratamiento. Esto resulta llamativo porque la problemática del manicomio y el encierro se ha instalado en la palestra pública con especial fuerza desde distintos lugares (ONG y organismos internacionales hasta los gobiernos nacionales). Parece haber una distancia grande entre las discusiones que se instalan a nivel de la sociedad y los debates promovidos (o no promovidos) al interior de la universidad.

Un eje que atraviesa toda la investigación puede ser graficado en el binomio reproducción-ruptura de prácticas sociales. Creemos que el ámbito educativo es aquel que por excelencia transmite saberes cognitivos, tanto de índole teórica como práctica. Creemos que es necesario un debate ético en torno a la cuestión de la medicalización de la vida y la patologización de conductas sociales no-deseas por determinados sectores. Que un acto sea

“criminal” no tiene porqué ser patológico y viceversa. Creemos que esta etapa de formación por las que transitan los estudiantes es crucial para su formación como así también las distintas etapas de socialización (Simkin, 2012) por las que atraviesan en orden de construir un saber que no implique la estigmatización social de hacia quienes está dirigido.

Bibliografía:

SAUTU, R (2003). *Todo es teoría*, 2003, Buenos Aires: Paidós.

BRAUNSTEIN, N (2014)., *Clasificar en psiquiatría*, Buenos Aires: Siglo XXI.

BACZKO, B. (1984), *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Proyecto Ética: grupo de investigación, docencia y extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. *Del incapaz al sujeto de derecho*

Jodelet, D.(1981). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Parales Quenza, C.J. y Vizcaíno Gutiérrez, M. (2007). *Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual*. Revista Latinoamericana de Psicología.

Augsburger, Ana C. (2000) *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos médico sociales 81:61-75

Becerra, G. y Simkin,H.(2012). *El proceso de socialización*. En G.L Costa y E. D. Etchezahar, Temas de Psicología social (comp.). Buenos Aires: Nueva visión.

Ley 26.657 consultada en www.infoleg.com

Informe sobre salud en el mundo (2001), Organización mundial de la Salud

Apéndice metodológico

Encuesta sobre Salud Mental

Un equipo de investigación de estudiantes de Sociología (UBA) está desarrollando un estudio sobre aspectos de la Nueva Ley Nacional de Salud Mental y métodos de diagnóstico de padecimientos. A continuación le presentamos una encuesta anónima, los resultados serán utilizados para fines académico-científicos. Por favor intente responder todo el cuestionario.

*Obligatorio

1. ¿Nos podría indicar su sexo?

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Varón

Consideraciones generales

A continuación se le presentarán una serie de preguntas y/o afirmaciones relacionadas a la Nueva Ley Nacional de Salud Mental. Le pedimos que marque con una X según corresponda

2. ¿Cómo cree que se entiende a la Salud Mental en dicha ley?

Marque con una X la/las respuestas que considere correcta/s.

Marca solo un óvalo.

- Como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"
- Como "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"
- Como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona."
- Como "un estado de equilibrio que debe haber entre una persona y el entorno socio-cultural al cual pertenece"
- Ninguna de las anteriores

3. La Nueva Ley Nacional de Salud Mental es la número:

Marque con una X la respuesta que considere correcta

Marca solo un óvalo.

- 22.914
 26.657
 22.431
 24.901
 No sé
-

4. ¿En qué año cree que fue sancionada?

Marque con una X la/s respuestas que considere necesaria
Marca solo un óvalo.

- 2013
- 2008
- 2010
- 2012
- No sé

5. Qué principios y declaraciones se incorporaron en la Nueva Ley

Marque con una X la/s respuestas que considera pertinente/s
Marca solo un óvalo.

- Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental
- Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud
- Declaración de la OMS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores
- No sé

6. Cuáles cree que son los objetivo/s de la Nueva Ley de Salud Mental para 2020:

Marque con una X la/s respuestas
Marca solo un óvalo.

- Mantener los niveles de empleo de los profesionales de la Salud Mental en general
- Disminuir las consultas por trastornos mentales en la salud pública
- El cierre de manicomios públicos y privado
- Ninguna de las anteriores
- Todas las anteriores
- No sé

Opinión sobre artículos de la Ley

A continuación se presentarán una serie de artículos de la Nueva Ley. Le pedimos que comente qué opina de los siguientes artículos de la Ley citados. Nos es de sumo interés conocer su opinión.

8. Art. 9

"El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial."

9. Art. 11

"Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios".

10. Art. 14

"La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social."

Diagnóstico de padecimientos mentales

A continuación se le presentarán una serie de preguntas donde se intenta analizar de qué manera Ud. conceptualiza el padecimiento mental, en base a los conocimientos adquiridos durante el curso.

11. Un factor importante que incluiría en diagnóstico para determinar un padecimiento mental sería:

Marque con una X todas las respuestas que considere necesarias
Selecciona todos los que correspondan.

- Conducta delictiva
- Ausencia de vínculos familiares
- Falta de vinculación laboral
- Dependencia económica
- Ninguna de las anteriores
- Otro: _____

12. ¿Cree que el padecimiento mental se diferencia de otras enfermedades?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

13. ¿De qué manera?

14. ¿Qué criterios clínicos utilizaría para diagnosticarlo?

Marque con una X todas las respuestas que considere necesarias
Selecciona todos los que correspondan.

- Resonancias magnéticas
- Manuales DSM (distintas versiones)
- En base a mi opinión personal
- Test tipo cuestionario estandarizado
- Otro: _____

15. ¿Para qué tipo de padecimientos consideraría necesaria la internación?

Marque con una X todas las respues que considere
Selecciona todos los que correspondan.

- Aquella persona en riesgo inminente para sí o para tercer
- Conductas delictivas
- Conductas violentas hacia personas del sexo opuesto
- Conductas violentas hacia personas del mismo sexo
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores
- Otro: _____

Preguntas finales

Abre con



A continuación le haremos una serie de preguntas de manera oral. Las mismas serán desgrabadas con fines estrictamente académicos resguardando su intimidad.

16. **La existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental: ¿implica una enfermedad o padecimiento mental?**

Marca solo un óvalo.

Si

No

Otro:

17. **¿ De qué manera cree que los factores históricos, socio-económicos, culturales indiquen a la hora de hacer un diagnóstico de personas con padecimiento mental?**

Escriba lo que considere necesario

18. **¿Cree que puede haber psiquiatría sin medicalización?**

Marca solo un óvalo.

Si

No

Después de la última pregunta de esta sección, deja de rellenar el formulario.

19. **¿De qué manera?**

