

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Construcciones sociales y prácticas a diez años del nuevo paradigma en Salud Mental.

Degiorgi, Gabriela Maricel, Revol, Josefina, Sanchez, Sabrina Nair y Colombero, Maria Laura.

Cita:

Degiorgi, Gabriela Maricel, Revol, Josefina, Sanchez, Sabrina Nair y Colombero, Maria Laura (2020). *Construcciones sociales y prácticas a diez años del nuevo paradigma en Salud Mental. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/96>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/bKq>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CONSTRUCCIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS A DIEZ AÑOS DEL NUEVO PARADIGMA EN SALUD MENTAL

Degjorgi, Gabriela Maricel; Revol, Josefina; Sanchez, Sabrina Nair; Colombero, Maria Laura
Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar resultados de una fase del proceso de una investigación-acción que se viene desarrollando desde mediados del año 2019, en el marco formativo del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Dicha investigación-acción se propone fortalecer conocimientos y competencias en dirección al nuevo paradigma en salud mental que la legislación establece; propiciar la reflexión y actitudes críticas que favorezcan el cambio y el proceso de transformación que las políticas públicas procuran instaurar; promover la concientización en los futuros profesionales de la psicología para su incidencia en el cambio y su replicación en el proceso social. La metodología a utilizar será descriptiva y los resultados demarcan que las construcciones simbólicas que inciden en la estructuración de representaciones sociales en torno a la salud mental a 10 años de haberse sancionado la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, advierten entre otras conclusiones: la coexistencia de ambos paradigmas, que la legalización no ha alcanzado hasta el momento para legitimar el nuevo paradigma de manera acabada, y que tampoco se ha podido erradicar al anterior con la modalidad de práctica que detenta.

Palabras clave

Salud mental - Enfermedad mental - Ley - Paradigma

ABSTRACT

SOCIAL AND PRACTICAL CONSTRUCTIONS TEN YEARS OF THE NEW MENTAL HEALTH PARADIGM

The objective of this work is to present the results of a phase of the action-research process that has been developing since mid-2019, within the training framework of the last year of the degree in Psychology at the National University of Córdoba. This research-action aims to strengthen knowledge and skills in the direction of the new paradigm in mental health that the legislation establishes; promote reflection and critical attitudes that favor change and the transformation process that public policies seek to establish; promote awareness in future psychology professionals for their impact on change and their replication in the social process. The methodology to be used will be descriptive and the results show that the symbolic constructions that influence the structuring of social representations around mental health 10 years after the National Mental Health Law No. 26,657

was passed, warn among other conclusions: the coexistence of both paradigms, that legalization has not yet reached to legitimize the new paradigm in a finished way, and that the previous one has not been eradicated with the modality of practice that it holds.

Keywords

Mental health - Mental illness - Law - Paradigm

Introducción

El campo de la salud mental, constituye un terreno que como profesionales y docentes de la psicología nos interpela permanentemente, pues múltiple es el atravesamiento de intereses antagónicos que detentan modelos y concepciones del padecimiento mental de lo más diversas.

Claro que esa coexistencia de paradigmas que aun hoy persiste, -incluso a 10 años de haberse sancionado la Ley N° 26.657 denominada "Ley Nacional de Salud Mental" (en adelante LNSM)-, se replica no solo a través de medios masivos de comunicación, sino de las prácticas mismas, repercutiendo indefectiblemente en la formación, afirmación o modificación de representaciones sociales sobre la locura, la salud mental, la peligrosidad, los manicomios e incluso sobre quienes serían los profesionales competentes para la atención de estos casos.

Tal realidad, conlleva implicancias directas en los derechos e inclusión social de las personas que atraviesan por problemas de salud mental, como también demarca responsabilidades en los profesionales y formadores de los futuros profesiones.

A través del Acta N° 6/14, Anexo III titulada "Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas", emanado del Artículo 33 correspondiente a la Ley Nacional N° 26.657 de salud mental, se establece como fundamental, que:

la formación de los futuros profesionales este vinculada a las necesidades de la población y en el marco de las políticas públicas que dan cuenta de esas necesidades, más allá de cualquier interés sectorial divergente del interés colectivo, y para ello, es preciso realizar una revisión crítica de los roles profesionales así como también de la formación requerida para su ejercicio, en particular de aquellas metodologías o contenidos curriculares que no se adecuen al marco legal vigente (Acta N° 6/14, Anexo III).

La finalidad que persigue este Anexo, es la de "*ser un instrumento esencial para que las propias Universidades en el marco de su autonomía así como también todo otro ámbito de formación*

de recursos humanos vinculados al campo de la salud mental, se involucren en los necesarios procesos de adecuación” (Acta Nº 6/14, Anexo III).

Investigación-Acción en Salud Mental

Atendiendo a lo previamente desarrollado, es que en el marco del proceso formativo del último año de la Carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, a través de la materia Deontología y Legislación Profesional, hemos instituido desde mediados del año 2019 una investigación-acción. La misma se propone como objetivos: fortalecer conocimientos y competencias en dirección al nuevo paradigma en salud mental que la legislación establece; propiciar la reflexión y actitudes críticas que favorezcan el cambio y el proceso de transformación que las políticas públicas procuran instaurar; promover la concientización en los futuros profesionales de la psicología para su incidencia en el cambio y su replicación en el proceso social.

Mediante la investigación-acción se pretende tratar de forma simultánea conocimientos y cambios sociales en relación a la salud mental, gestando un diálogo entre teoría y práctica, posibilitando “la construcción de conocimientos desde los saberes empíricos -que llevan implícitos saberes teóricos- y con los saberes académicos -que a su vez han sido producidos por saberes empíricos-” (Sverdlick, 2007, p.43). De esta manera, los tres ápices del triángulo que comporta este tipo de metodología se centran en la formación-investigación-acción.

Yuni y Urbano (2005) refieren que:

la Investigación acción se enmarca en un modelo de investigación de mayor compromiso con los cambios sociales, por cuanto se fundamenta en una posición respecto al valor intrínseco que posee el conocimiento de la propia práctica y de las maneras personales de interpretar la realidad para que los propios actores puedan comprometerse en procesos de cambio personal y organizacional (Yuni y Urbano, 2005, p.138-139).

Y como va a sostener Teppa (2006) “El pensamiento y la acción individuales adquieren su sentido y su significado en un contexto social histórico, pero a su vez contribuyen ellos mismos a la formación de los contextos sociales e históricos” (Teppa, 2006, p. 20).

Es así que a través de este trabajo nos proponemos presentar algunos resultados obtenidos de una de las fases del proceso de esta investigación-acción, producto de la encuesta administrada por los estudiantes, que indaga sobre criterios y concepciones en salud mental que la población posee.

En esta oportunidad se pondrá el foco en cuatro tópicos de la encuesta: concepciones de Enfermedad Mental, concepciones de Salud Mental, Profesionales que atienden la Salud Mental y conocimiento sobre la Ley de Salud Mental.

Resultados

En relación a que entiende la población por *Enfermedad Mental*, se desprende un criterio general que se replica de manera cuasi unánime, que es la percepción de falla, aludiéndose que todo sujeto que atraviesa una enfermedad mental presenta una parte de sí que no funciona. Respecto a los elementos fallidos nombrados, los que aparecen con más frecuencia son el neurológico, la genética, lo social y lo psicológico.

Al realizar un análisis más exhaustivo en cuanto a las definiciones construidas por los distintos encuestados, es posible ubicar estas respuestas en base a dos concepciones contrapuestas: por un lado se advierte la mirada reduccionista que obedece al anterior paradigma y que atribuye la enfermedad mental a un único componente (biológico, psicológico, social, mental, físico) y por el otro una concepción que surge del nuevo paradigma que incorpora el criterio de complejidad, donde es visualizada como pérdida de equilibrio entre distintos componentes.

Gran parte de los encuestados se remiten al origen de la enfermedad, su génesis, como un indicador para poder definirla. Estos orígenes se distribuyen nuevamente a partir de los dos paradigmas.

En el paradigma reduccionista es posible identificar tres grandes sub categorías:

- Aquellas que refieren a la enfermedad por su origen biológico, con respuestas como “Creo que el origen de la enfermedad puede ser hereditario biológico, puede ser genética” o “Así dicen casi siempre puede ser genética” o “La enfermedad mental es una falla en conexiones entre neurotransmisores”.
- Aquellas que acentúan su origen traumático, con enunciados como “Un hecho de la vida del individuo traumático desencadena su enfermedad mental, aunque también la puede desencadenar la droga, la violencia, una persona puede ser maltratada o violada” o “El origen pueden ser traumas de la infancia o algo que te haya dañado”.
- Aquellas que acentúan un origen netamente psíquico, aludiéndose a lo psíquico desde una visión cognitiva o psicoanalítica, son ejemplos de una y otra “La enfermedad mental se da por un origen en el deterioro de las capacidades cognitivas” o “Al constituirse la personalidad del enfermo mental ocurre una falla en su estructura generándose un desorden que puede ser de origen psíquico”.

Desde el nuevo paradigma de la complejidad, es posible focalizar respuestas en las que emergen lo multicausal, en las que se alude al menos dos orígenes de distintos tipos (biológico, psicológico, social, etc.). Aquí rescatamos dos respuestas que ejemplifican esta concepción como ser “La enfermedad mental se puede dar por un desajuste emocional o un trauma, pero también se puede nacer con problemas mentales...eh...por ejemplo cuando una persona escucha o ve cosas que no están en la realidad, pero ahí ya sería un caso extremo, me parece” o “Yo creo que puede ser consecuencia tanto de problema fisioló-

gicos, o sea neurológicos, como problemas psiquiátricos”.

Otro elemento posible de advertir en el análisis de las respuestas, da cuenta de concepciones asociadas al “sujeto que padece una enfermedad mental”, las cuales no se encuentran de manera explícita sino que subyacen a las definiciones. Estas concepciones son múltiples y responden en su mayoría al paradigma anterior. Algunas de ellas son: desviado, anormal (aquello que escapa a la norma), roto (asociado a la falla, lo que no funciona). Una respuesta representativa de esta concepción sostiene que enfermedad mental es *“todo lo que sale de la moral de lo normal, por ejemplo la desviación sexual todavía se dice que es así. Pienso en los que tienen desórdenes alimenticios, mentales. Cuando pienso en un enfermo mental, por ejemplo, pienso en una persona que mata por placer, a las personas que están en un centro de rehabilitación, por distorsión de la realidad, delirio, las personas que crean su propio mundo, alguien que atenta contra su salud o la de los demás, amnesia. No sé los nombres técnicos”*.

El segundo tópico de indagación pone el foco en identificar cómo es definida la *Salud Mental* por la población, surgiendo respuestas que nuevamente son posibles de ubicar en concordancia a ambos paradigmas.

En relación al paradigma actual, se desprenden sub categorías como:

- La salud mental entendida como un equilibrio entre distintos aspectos de las personas, entre ellas físicas, psíquicas y sociales. Algunos ejemplo de estas respuestas son *“La definiría a la salud, como un bienestar biopsicosocial”* o *“Me parece que la salud Mental también es un equilibrio entre la salud y la enfermedad, no estamos totalmente saludables todo el tiempo ni enfermos todo el tiempo, aunque por ahí muchas veces alcanzamos ese polo”* o *“Me gusta verlo, así como un equilibrio, la posibilidad de sostener vínculos, realizar actividades como trabajar, estudiar y sentirse bien”*.
- La concepción de normalidad vinculada a la Salud Mental. Aquí no se parte de la noción de normalidad en cuanto a la concepción de norma, sino al funcionamiento de todos los aspectos de la vida del individuo. Así se encuentran respuestas como *“La salud mental, bajo mi entender es el estado de todo ser que presenta un funcionamiento normal en su organismo. Salud mental es entonces cuando las funciones psíquicas no presentan alteración”* o *“La Salud Mental es como un estado de equilibrio psíquico que le permite a una persona vivir de una forma norma”*.

En oposición surgen respuestas vinculadas al paradigma anterior y/o al desconocimiento, observándose que ante la presión a la inferencia gran parte de los encuestados de este grupo definen la salud mental aludiendo a la falta de enfermedad. En estas respuestas se advierten no solo una falta de elementos para dar una definición, sino también la dificultad en diferenciar salud mental de enfermedad mental, recurriéndose a respuestas

como *“la segunda es justamente la ausencia de la primera”* o *“Es la falta de enfermedad”* o *“Es bienestar mental, sin pastillas no es andar tomando cosas”*.

En relación al tercer tópico, que indaga que *Profesiones atienden la Salud Mental*, fue posible construir dos grandes categorías para ubicar las respuestas de los encuestados:

- La primera de ellas se contextualiza en el anterior paradigma y se la identifica como Profesiones que históricamente se vinculan a la enfermedad mental. Es posible ubicar aquí la mayoría de las respuestas, identificándose en primer término al psiquiatra como el profesional que la aborda, en segundo lugar aparece el psicólogo e incluyendo al neurólogo en algunos casos. La identificación de psiquiatras, médicos y neurólogos va en sintonía con la concepción de enfermedad mental vinculada a lo biológico, lo neuronal y la definición de falla en el sistema nervioso.
- La segunda categoría se contextualiza en el nuevo paradigma y se la identifica como Profesiones asociados a la Ley de Salud Mental. Dentro de esta categoría se ubican la minoría de las respuestas y estas tienen correlato con los encuestados que poseen una concepción ampliada de salud y enfermedad, en la que no solo es enfocada la dimensión física de la persona sino también sus lazos, vínculos y espacios sociales de participación. Este grupo minoritario de sujetos identifican además de las profesiones clásicas, profesionales como: asistentes sociales, enfermeros, médicos laborales, entre otros.

Finalmente y en vinculación al último tópico, que indaga sobre el conocimiento que la población tiene sobre la *Ley de Salud Mental*, nos encontramos que el 75% de los sujetos encuestados no reconocen la existencia de dicha Ley, ni a quienes está dirigida. En tanto que el resto de los encuestados sostienen tener un conocimiento limitado de la misma, aludiendo *“Conozco que se sostiene para defender derechos de personas con problemas mentales”* o *“Creo que decía algo de desmanicomialización, ¿qué palabra rara no? eso de dejar libre a los locos”*.

De los saberes empíricos a los saberes teóricos

Analizar desde el saber teórico, las construcciones simbólicas que dan cuenta de los conocimientos antes desarrollados por los saberes empíricos, es lo que propicia desde la formación académica la posibilidad reflexiva, la potencialidad del cambio, la acción y su replicancia en el proceso social.

La LNSM:

a través de sus 46 artículos garantiza, entre otros, los derechos de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad; a la inclusión social; a la atención sanitaria adecuada; a mantener vínculos familiares y afectivos; a la no-discriminación; a la intimidad; al consentimiento informado de las medidas de tratamiento que le serán suministradas; a la información sobre su estado de salud y a la autonomía personal (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013, s.p).

Los lineamientos que viene a instituir esta ley, promulgan el paso de un paradigma con un enfoque centrado en la enfermedad a uno centrado en la salud, del criterio de peligrosidad hacia uno de capacidad, de una noción de heteronomía a la concepción de autonomía del sujeto, de un enfoque tutelar hacia uno de derechos, del hospital psiquiátrico como espacio de atención a la Red de Servicios basados en la comunidad, en síntesis de la exclusión del sujeto que atraviesa un padecimiento mental a su inclusión social, respeto de sus derechos y libertades.

Sin embargo, los resultados nos siguen advirtiendo sobre la coexistencia de ambos paradigmas en salud mental y hasta la interpolación de los mismos.

La cimentación social que la concepción de enfermedad mental arrastra a lo largo de la historia, donde es ponderada desde una valoración moral negativa, sigue estando presente en gran parte de las respuestas.

El reconocimiento de la salud mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”*, (Ley Nacional N° 26.657, 2010, art. 3) tal como lo establece su articulado, no es por todos advertida. Gran parte de las concepciones se circunscriben a una mirada reduccionista, que selecciona, atiende o se circunscribe a un componente, encontrándose respuestas donde se pueden vincular hasta dos de ellos.

La impronta del paradigma médico hegemónico, de corte positivista y biologicista, como el fuerte liderazgo y validez otorgada al conocimiento científico emanado de la figura del médico psiquiatra como profesional para su atención, no parece haber erradicado su fuerza en parte de las representaciones sociales. Con el nuevo paradigma, emergen una serie de nuevas nominaciones como la noción de proceso, de dinámica de construcción social y presunción de capacidad de toda persona, siendo otorgado en los primeros artículos una clara impronta constructivista que se aleja del viejo modelo biologicista pronunciado en la Ley N° 22.914, de 1983, que regulaba la internación de personas en establecimientos de salud mental, públicos o privados, y de alcohólicos crónicos y toxicómanos en establecimientos adecuados, también públicos o privados, y que es derogada por esta nueva normativa.

Ya en el Art. N°1, se decanta el espíritu de la Ley, que refiere a asegurar el derecho a la protección de la salud mental de *todas* las personas, es decir, hay una concepción que avanza significativamente en pensar la salud mental ya no como un cuestión de pocos y “locos”, sino como una dimensión que atraviesa a todos y por lo tanto es un derecho de todos su protección, colocando al sujeto por delante de cualquier otra cosa, en palabras del autor de la normativa: *“lo central era poder introducir el concepto de persona, para señalar que ninguna enfermedad, trastorno o padecimiento anula la condición de persona, ni debe sustituirla (por ejemplo, a través de fórmulas como ‘enfermos mentales’)”*

(Gorbacz, 2012, p.141).

Y si bien, la sanción de esta normativa dio un paso en términos de igualdad y equidad de derechos, intentando dar legitimidad y respaldo jurídico al acontecer en salud mental, lo cierto es que el desconocimiento mismo de la existencia de la Ley –como es posible focalizarlo en la mayoría de las respuestas brindadas por los encuestados– decanta en construcciones simbólicas que siguen perpetuando el anterior paradigma e incidiendo en representaciones sociales distorsionadas del padecimiento y acontecer mental.

Lo que da cuenta, que se ha legalizado un nuevo paradigma en salud mental, sin embargo aún no se logra legitimarlo de manera acabada y tampoco se alcanza a erradicar el anterior paradigma con la modalidad de práctica que detenta. Colabora a su vez, la cantidad de años en los cuales tanto en las obras artísticas, de cine, como en los medios de comunicación, se ha concebido a la persona con enfermedad mental, como un objeto pasivo de intervención y con una condición crónica e inmodificable.

Y como va a sostener Carbonell (2013) al ser una creencia compartida y legitimada durante tanto tiempo, se transmite transgeneracionalmente, se naturaliza e invisibiliza la singularidad del sujeto padeciente, lo que repercute tanto a nivel conceptual, como en las mismas prácticas cotidianas y profesionales (Carbonell, 2013).

Palabras Finales

Como profesionales y docentes de la psicología portamos ética y legalmente el sentido de responsabilidad que la instauración del nuevo paradigma en salud mental demanda. Responsabilidad que sentimos no queda circunscripta tan solo en la adecuación de las prácticas profesionales a las nuevas políticas, sino también en la necesidad de contribuir en la construcción simbólica que la salud mental debe tener en el plano social donde el sujeto que atraviesa por un padecimiento mental se encuentra inmerso. Fue desde este marco, en el que se pensó e instaló la investigación-acción desde nuestro espacio formativo, sosteniéndonos en el criterio de Sverdlick (2007) cuando sostiene que *“la investigación como instrumento de acción coloca a los actores como sujetos de políticas públicas y no sujetos a políticas públicas; anima a tomar la palabra y a posicionarse en el espacio político”* (Sverdlick, 2007, p.43).

BIBLIOGRAFÍA

- Carbonell, O.A. (2013). *“La Sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia”*. Prensa Médica Latinoamericana. Ciencias Psicológicas 2013; VII (2): 201 – 207. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/52/45>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). *“Recomendaciones para el tratamiento de temas de Salud Mental en los medios”*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000479cnt-recomendaciones-tratamiento-temas-salud-mental-medios.pdf>
- Gorbacz, L. A. (2012). Comentario del artículo: Ley de salud mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 4(2) 141-146. Disponible en: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/download/97/138>
- Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la protección de la salud Mental, Publicada en el Boletín Oficial del 03-dic-2010.
- Ley Nacional N° 22.914. Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Boletín Oficial del 20- sep-1983.
- Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas, Artículo 33, Ley Nacional N° 26.657, *Anexo III, Acta N° 6/14*.
- Sverdlick, I. (2007). *“La investigación educativa. Una herramienta de conocimiento y de acción”*. Buenos Aires. Noveduc.
- Teppa, S. (2006). *“Investigación Acción participativa en la praxis pedagógica diaria”*. Barquisimeto. UPEL-IPB
- Yuni, J. & Urbano, C. (2005). *“Mapas y herramientas para conocer la escuela: Investigación etnográfica. Investigación Acción”*. 3era edición. Argentina: Barajas.