

# Saberes y Prácticas en Salud Mental: representaciones sociales de estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición.

*Wisdoms and Practices in Mental Health: social representations from students of Nursing, Kinesiology, Medicine and Nutrition School (UNLaM).*

**Virginia Noemí Cordich**  
Lic. y Prof. en Psicología

virginiacordich1@gmail.com

**María Victoria De León**  
Lic. en Psicología

deleonmariavictoria@gmail.com

**Mariela Angela Ferrari**  
Lic. en Nutrición

marielaferri0408@gmail.com

**Daniel Manfredo Frankel**  
Sociólogo/Dr. en Ciencias Sociales

dfrankel200@gmail.com

**José Antonio Marín**  
Médico especialista en imágenes

joseamarin@hotmail.com

**Sabrina Cecilia Molina**  
Lic. en Nutrición

sabrinacmolina@gmail.com

**Natalia Paola Osella**  
Lic. en Psicología  
Mg. en Salud Mental

naty.osella85@gmail.com

**Darío Sebastián Pertusi**  
Lic. y Prof. en Educación Física

lic.pertusi.dario@hotmail.com

## Resumen

La investigación se orientó a conocer las representaciones sociales (RS) (saberes, acciones y valores) que los estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) construyen sobre la Salud Mental (SM). Los objetivos fueron conocer las mismas y compararlas entre aquellos que cursaban los primeros y últimos años de dichas carreras e indagar acerca del conocimiento que dichos estudiantes tienen acerca de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Se adoptó una estrategia metodológica mixta basada en la triangulación: Se trata de un tipo de estudio descriptivo exploratorio cualitativo-cuantitativo que se llevó a cabo en dos etapas. La primera mediante metodología cualitativa, teniendo en cuenta que de las hipótesis resultantes se aplicó, para la segunda etapa, una cuantitativa. Las entrevistas destacan desconocimientos referidos a la inclusión de salud mental en la currícula de

las carreras. Hay referencias parciales en alguna asignatura y cuando es mencionada es en relación a otros conceptos. Como conclusión se refleja la necesidad de incorporar a los programas de las asignaturas contenidos que profundicen los conocimientos de Salud Mental y Derechos Humanos, para así poder formar a los futuros profesionales con herramientas para el desempeño de su profesión, orientando a la humanización de la práctica y evidenciando las desventajas y atrasos de replicar el modelo hegemónico aún vigente.

**Palabras clave:** Representaciones sociales - Ley de Salud Mental - Interdisciplina - Prácticas.

**Abstract:** This research aims at learning the social representations (SR) (wisdoms, actions and values) that the students of Nursing, Kinesiology, Medicine and Nutrition from the Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) build about Mental Health (MH).

It attempts to know the social representations of the students; to compare them among the students from the first and the last years of their course of study, and to inquire about their knowledge of the National Mental Health Law (NMHL). A mixed methodological strategy was adopted based on triangulation: that is, a type of qualitative-quantitative exploratory descriptive study, carried out on two stages. The first used qualitative methodology; from the resulting hypothesis, the second used a quantitative research. An informed consent document was designed, among other activities. At the same time internal activities about qualitative and quantitative methodologies were performed. The interviews highlight ignorance regarding the inclusion of mental health in the curriculum of the careers. There are partial references in some subject and when it is mentioned it is in relation to other concepts. The conclusion of this research shows the need to include in the curriculum of the courses of study those contents that deepen

their Mental Health and human rights knowledge, in order to train future professionals with tools for the performance of their profession, guiding the humanization of the practice and evidencing the disadvantages and delays in replicating the hegemonic model still in force.

**Key Words:** *Social representations - Mental Health Bill - Interdisciplinary subject - Practices.*



## Introducción

La OMS define la Salud Mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, entendiéndolo como un proceso multideterminado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, es decir una construcción que involucra a toda la sociedad. La Salud Mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La Salud Mental depende de cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas y en qué forma uno responde a las demandas de la vida (Carranza, 2003). Pese a ser un objeto de interés creciente en los ámbitos académicos, profesionales y políticos, la Salud Mental no es unívoca en su conceptualización, lo que causa diferencias en los modos de comprenderla y abordarla. Los problemas que conciernen al campo de la Salud Mental son objeto de las interacciones cotidianas y dan lugar a un conjunto de saberes del sentido común que constituyen el objeto de análisis de la teoría de las Representaciones Sociales. Este concepto es una forma de conocimiento específico, el saber de sentido

común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados; en sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social orientado a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet, 1993).

De acuerdo con Moscovici (1979), una representación se funda en un sistema de valores y normas que orientan a los sujetos en el contexto social, permitiendo además la denominación y clasificación de la experiencia individual y colectiva. Por su parte, una representación social puede ser definida como una elaboración de un objeto social que constituye un modo de conocimiento que tiene como función la comunicación y la orientación del comportamiento, contribuyendo además a la inscripción identitaria en un grupo particular.

Conocer las representaciones sociales acerca de la Salud Mental de los estudiantes universitarios y cómo se van reconstruyendo las mismas durante la formación académica es de suma importancia en el sentido en que estas representaciones van a ejercer influencia en el desempeño, las competencias, la forma de enfrentar la enfermedad y la empatía de los futuros profesionales en su práctica profesional, cualquiera sea el ámbito en el que se inserten.

En el caso de los profesionales que trabajan en diversas áreas relacionadas con la Salud Mental, hay una coexistencia de saberes en torno a dicho objeto: por un lado, los saberes de sentido común que configuran las representaciones sociales y que son anteriores a la instrucción académica, y por otro, los saberes científicos resultantes de su formación disciplinar. Las representaciones sociales de los profesionales están imbricadas con su “conocimiento experto”, aunque las mismas no son una copia exacta del conocimiento científico sino una combinación y reconstrucción selectiva de los temas dominantes de representación (Bentacur, Restrepo-Ochoa, Ossa, Zuluaga, Pineda, 2014).

Es por ello que se considera pertinente indagar las representaciones sociales en Salud Mental de los estudiantes de la UNLaM de los primeros y últimos años de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición, para así poder determinar si a lo largo de su formación académica las representaciones sufren o no modificaciones y que tipo de modificaciones ocurren. De esta manera, poder comparar entre las carreras en relación a su currículo con el objetivo de transferir esa información no solo a la coordinación de las diferentes carreras, sino también a diferentes efectores de salud y Salud Mental.

Los objetivos de nuestro trabajo han sido describir las RS que los estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la UNLaM construyen sobre la Salud Mental e identificar semejanzas o diferencias en quienes cursan los primeros años de la carrera y los que cursan los últimos años. Por otro lado, también ha sido de interés indagar acerca del conocimiento sobre los postulados de la LNSM de los estudiantes anteriormente mencionados.

### **Representaciones sociales y Ley Nacional de Salud Mental**

En los campos profesionales, las Representaciones Sociales se constituyen y redefinen constantemente en función de las prácticas de los profesionales que las sustentan. Las prácticas están cargadas de conocimientos y creencias pero no siempre ellas han pasado por un momento reflexivo desde el profesional que las porta (Frankel, 2002, 2003). A su vez, constituyen una explicación o teoría social que los sujetos, como parte de un colectivo, construyen sobre aspectos de esa vida cotidiana que les permitirán interactuar en ella. Es decir, son una totalidad significativa contextualizada (Jodelet, 2003) que identifica y define al grupo que construye esa representación, tanto como al contenido representado. Para Moscovici y Marková (2003) el universo

consensual involucra tres formas de construcción de conocimientos: el mito, el imaginario social y la experiencia. El conocimiento del sentido común favorece una experimentación del mundo y sobre el mundo, dando lugar a las prácticas sociales. Éstas, como sistemas de acción socialmente estructuradas e instituidas relacionadas con las posiciones sociales, son integrantes de las representaciones sociales.

La Ley Nacional de Salud Mental se convierte en un objeto novedoso y diferente, que debe ser comprendido. A pesar de su sanción en 2010 y reglamentación en 2013 todavía no puede efectuarse la plena implementación, debido a diversos factores: predominio del modelo médico hegemónico, resistencias institucionales y de corporaciones de profesionales como así también resistencias culturales-simbólicas que se centran en los conceptos de encierro y peligrosidad. Así, entran en conflicto las prácticas que todavía tienen como eje central el enfoque restrictivo de la psiquiatría basada solo en el criterio de la enfermedad y el hospital monovalente como modalidad de abordaje y aquellas que plantean un enfoque teórico centrado en la comunidad y la familia y abordajes que ponen el foco en dispositivos fuera del encierro (hospitales de día, casas de medio camino, casas convivenciales).

De este modo, las representaciones sociales que se construyen y circulan sobre la Salud Mental, guían las acciones y las decisiones individuales y colectivas. Junto con los saberes disciplinares propios del campo de la Salud Mental, los futuros profesionales de la salud construyen representaciones sociales que operan, incluso a veces de manera contradictoria con los mismos. En este sentido, adquiere central relevancia indagar sobre las representaciones sociales sobre la Salud Mental en estudiantes de carreras de salud, en el sentido de comprender las implicancias socio-profesionales, los marcos de referencia y sus prácticas en esa área. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se plantean los siguientes ordenadores conceptuales:

#### **a. Salud Mental**

En relación a las vinculaciones entre Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental, la hegemonía del modelo asistencialista basado en la lógica manicomial desestima el reconocimiento del derecho a la Salud Mental. La polémica entre conceptualizar al sufrimiento psíquico como una dimensión subjetiva del enfermar en el cual intervienen determinantes sociales, culturales, históricos confronta con la postura objetiva y etiquetadora que ha primado a lo largo de la historia.

Las implicancias de la puesta en marcha de la Ley Nacional de Salud Mental generan un cambio estructural en varias áreas, lo cual no será sencillo lograr sin la participación conjunta de varios sectores (Ministerios de Educación, Ministerio de salud y Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo de las diferentes jurisdicciones como así también organizaciones de la sociedad civil que trabajan tanto en salud como en Derechos Humanos). Los obstáculos vinculados a la vigencia del paradigma tutelar operan como resistencia a las transformaciones para lograr una atención de las personas con padecimiento subjetivo en dispositivos alternativos en la comunidad y sin recurrir al encierro. Para contrarrestar la utilización de los hospitales psiquiátricos como único dispositivo de atención, se advierte la necesidad de producir articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales en el nivel micropolítico institucional que construyan viabilidades y constituyan prácticas innovadoras transversales; así como el desafío de un movimiento de Salud Mental con múltiples actores sociales que garantice la universalidad de la salud (espacios académicos, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores de la salud, usuarios, familiares y allegados de personas con padecimiento subjetivo principalmente). De este modo se propone un sistema de cuidados en redes de complejidad que garanticen equidad con accesibilidad, reducción del riesgo psicosocial, desarrollo de las capacidades de

resiliencia ante el desamparo y sufrimiento psíquico en espacios territoriales cercanos a sus lugares de residencia, favoreciendo así la accesibilidad geográfica.

Así, la formación del conjunto de actores en Salud Mental debe ser entendida como una práctica contrahegemónica que permita la construcción de nuevas estrategias de intervención reorientadas hacia el componente social, histórico, cultural y en el marco del enfoque de derechos humanos (Di Marco, 2012).

### **b. Representaciones Sociales**

Respecto de los estudios vinculados con las Representaciones Sociales se destacan numerosos resultados observados en población adulta, familiares de personas con trastornos mentales, profesionales de la salud y estudiantes.

En población adulta de Guadalajara, México evidenciaron que la Salud Mental se identificó como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; mientras que la Enfermedad Mental se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, por lo cual su tratamiento sería de tipo biomédico y psicológico, y con pocas probabilidades de recuperación (Torres, 2015). En otro estudio se indagaron las Representaciones Sociales en relación a tres estereotipos:

loco, enfermo mental y depresivo. Se concluyó que una persona loca no es percibida como posible de ser curada mientras que es más esperable la curación para el enfermo mental; y aún más para el depresivo, incluso sin ninguna intervención médica (Cherif, 2012).

Investigaciones realizadas con profesionales de la salud mostraron resultados diversos. En algunas se evidenció una coexistencia de saberes en torno a dicho objeto: por un lado, los saberes del sentido común que configuran las Representaciones Sociales y que son anteriores a la instrucción académica, y por otro, los saberes científicos resultantes de su formación disciplinar. La Salud Mental no solo se constituye en un objeto de conocimiento científico, sino un objeto social, mediado por el saber que circula abiertamente en las interacciones cotidianas y en los diferentes medios de comunicación. El conocimiento del sentido común favorece una experimentación del mundo y sobre el mundo, dando lugar a las prácticas sociales. Éstas, como sistemas de acción socialmente estructuradas e instituidas relacionadas con las posiciones sociales, son integrantes de las representaciones sociales. De este modo la construcción de conocimientos del sentido común constituye un proceso generador de acciones sociales a partir de visiones del mundo, concepciones ideológicas y culturales (Betancur, 2014).

En un grupo de agentes comunitarios de Botucatu, Brasil, se observó que las representaciones sociales se basaron en el paradigma psiquiátrico tradicional, que considera a la persona con enfermedad mental como pasiva, sin necesidad de convertirse en el protagonista de su propia historia (Pereira, 2007). Otros estudios también demostraron representaciones que contraponen la necesidad del abordaje social del tratamiento pero no consideran que los ámbitos comunitarios sean espacios propicios para la inclusión social (Barros, 2011).

Considerando el enfoque de nuestro trabajo, se destacan los estudios de Medeiros (2014) y de Miranda (2009) por haberse realizado en estudiantes de medicina y enfermería, en los cuales se observó que la atención primaria en salud emergió como una estrategia importante para hacer frente a los obstáculos de la atención de la Salud Mental en la comunidad. No obstante, también surgieron Representaciones Sociales descalificadoras, estigmas y obstáculos culturales vinculados con la organización de los servicios de salud.

Investigaciones comparadas dan cuenta de construcciones diferentes cuando se trabaja en atención individual o comunitaria. Para las primeras el énfasis está puesto en variables individuales/personales y la segunda evidencia una mayor integración del concepto

de salud mental haciendo referencia a variables socio culturales e incluyendo a la enfermedad como parte del continuo salud-enfermedad y no como categorías aisladas. En este punto, los resultados muestran cómo ante el mismo tema “Salud Mental” un cambio en el contexto (Institución Consultorios Externos vs Institución Salud Mental Comunitaria) modifica sustancialmente las representaciones de dos grupos de profesionales con perfiles aparentemente similares.

Asimismo, siguiendo a Moll Leon (2013), los autores plantean la presencia de un discurso estigmatizante en torno a la enfermedad mental por parte de los mismos profesionales, quienes suelen identificarse con los “saludables”, y del otro lado a los “enfermos”, quienes requieren de su atención. Pese al intento de los participantes por normalizar la enfermedad mental, en la narración se filtran elementos estigmatizadores que la conciben como locura y quien la padece es encasillado dentro de un estereotipo estático y negativo.

Es importante mencionar, cómo el trabajador de Salud Mental, al personalizar su discurso, hace emerger el prejuicio, el mismo que lo lleva a experimentar sensaciones de temor e inseguridad en el contacto con el paciente. Dichos sentimientos van a enmarcar la relación profesional de salud-paciente, influyendo no solo en la

percepción de los trabajadores con respecto a la persona que sufre una enfermedad mental, sino también en la forma en que los trabajadores se aproximarán a ella. El tradicional desarrollo de competencias en el campo de la formación de las Ciencias de la Salud sustentada en representaciones vinculadas con el saber psiquiátrico hegemónico y con la enfermedad, y que delimita la atención en Salud Mental a profesionales del campo “psi”, entra en conflicto con nuevas epistemologías que suponen:

- la comprensión dinámica de la psiquiatría, su incidencia en las prácticas asistenciales, la inclusión de otros campos disciplinares para las transformaciones y prácticas en Salud Mental, particularmente en instituciones públicas.
- relaciones interpersonales basadas en la no discriminación por prejuicios raciales, políticos, religiosos.
- un compromiso asistencial, participativo, promocional y social interdisciplinario.

### c. Ética en Investigaciones de Salud Mental

Pensar en la ética es incluir la hospitalidad y la remisión constante, permanente, inexorable, a la singularidad que convoca cada hecho traumático; lleva impreso consigo mismo un determinado individuo, una historia sostenida por acciones y situación particular

e individual. El análisis de las situaciones traumáticas, desde el punto de vista de la clínica, no puede desconocer el encuentro entre la ética de profesionales de la salud, docentes, pacientes y alumnos (Vázquez, 2002). Como contrapartida la concepción del pensamiento médico tradicional se limita a admoniciones y prohibiciones. Por ello es que el movimiento bioético indica que el diálogo es el instrumento fundante de las prácticas sociales, ubicándose en una posición intermedia entre las creencias propias de cada cultura y las normas convertidas en leyes. De este modo, se destaca el rol de los comités, los cuales permiten la libre expresión de sus miembros y aceptan la pluralidad de los diferentes intereses; y tienen en cuenta el contexto cultural y social donde se ejerce la profesión, tratándose de reconocer la relatividad con que los principios y valores son implementados en diversas circunstancias y contextos. De no tenerse en cuenta este aspecto, los profesionales aparecerán como desvinculados de la necesidad que le plantea la persona (Lola Spetke, 2013).

La posición conforme a los autores mencionados anteriormente es de gran relevancia para nuestra investigación, ya que la Representación Social del concepto de Salud Mental en profesionales o afines es de carácter primordial al momento de la formación de dichos profesionales. Sin dejar apartadas las cuestiones clínicas, el

profesional debe contemplar todas las experiencias del individuo y realizar una configuración totalizadora del mismo al momento de la atención médica. Este tema es central para retomar la importancia que existe en el conocimiento de la Salud Mental en el campo de la práctica médica y en las áreas afines a la misma.

## Metodología

Esta investigación fue de tipo exploratorio descriptivo cuali-cuantitativo, en el cual se adoptó una estrategia metodológica mixta basada en la triangulación. La muestra estuvo conformada por estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la UNLaM. El estudio se desarrolló en dos fases, la primera cualitativa y la segunda cuantitativa.

## Primera etapa

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional por criterios (Patton, 1990). El tamaño de la muestra final fue de 74 estudiantes y se determinó por el criterio de saturación conceptual (Glasser & Strauss, 1967). Se realizaron entrevistas en profundidad a estudiantes de los primeros años y se realizaron grupos focales con los estudiantes de los últimos años. En ambos casos se utilizó una guía de preguntas que permitió profundizar en

aspectos vinculados con las Representaciones Sociales en Salud Mental y las percepciones en torno al funcionamiento de la Universidad.

### Segunda etapa

Se realizó un cuestionario estructurado auto-administrado. Todas las variables fueron medidas en escala nominal, politómicas, con opciones de respuesta única, a excepción de dos variables, en las cuales se dejó libertad para seleccionar más de una opción. Para el cálculo del tamaño de la muestra se recopilaron los datos del universo de estudiantes de la UNLaM y del Departamento de Salud. Se consideraron ocho estratos, dos por cada carrera, dividiendo a los estudiantes entre aquellos que cursaban los primeros años de las carreras (1er y 2do año) y aquellos que estaban en los últimos años (4to y 5to año). Para la prueba piloto se tomó una muestra inicial de 39 estudiantes, de los cuales pudieron ser re-encuestados 19.

### Resultados

#### Etapa cualitativa

Se generaron 24 archivos que fueron cargados en el paquete de R para análisis cualitativo: RQDA. El texto de los 24 archivos fue codificado manualmente por dos investigadores,

y en función de las categorías recurrentes identificadas, se definieron los códigos que se detallan a continuación:

- Paradigma Neurobiológico (Biomedicina): se refieren a una visión fragmentada del padecimiento mental centrada en lo individual, lo biológico y lo psiquiátrico.
- Cambio de Visión: hace mención a si currícula generó o no un cambio en la manera de pensar a partir de la cursada y las rotaciones por centros de salud y/o hospitales.
- Definiciones del Sentido Común (definiciones externas): Definiciones de Salud Mental, prejuicios y presupuestos estigmatizantes en relación a la misma, que existen desde el sentido común y fuera del ámbito de formación.
- Entorno Social: indica si hay factores sociales que pueden incidir en la salud mental.
- Funcionamiento de la Universidad: son las normas y funcionamiento de la universidad en situación de salud mental, como así también la formación en salud mental dentro de cada carrera.
- Ley Nacional de Salud Mental: conocimiento de la misma y aspectos relacionados con la Ley específicamente o su desconocimiento.
- Objetivos de la Salud Mental: se refiere al para qué sirve, en qué situaciones se hace necesaria,

cómo reaccionar ante la detección de un problema de Salud Mental, cómo estar atentos para poder detectarlo, cómo poder detectar problemas de tipo físico a través de síntomas psiquiátricos o conductuales como así también las responsabilidades y competencias de los distintos profesionales de la salud.

- Proceso multideterminado: consideración de la Salud Mental como un proceso multicausal y complejo, concepto de carácter holista y definición de la persona como una totalidad.
- Experiencia de padecimiento mental: tanto de conocidos como de ellos mismos.
- Modelo Manicomial: referencias a las características de los tratamientos que violan los derechos humanos de los pacientes, modelo tutelar y de aislamiento o encierro.
- Modelo de Atención Comunitaria: referencia a dispositivos de tratamiento con enfoque de derechos e inclusivos, integración, transdisciplina.

Estas categorías estuvieron presentes en el guión de las entrevistas en profundidad y en los grupos focales que permitió profundizar sobre los aspectos vinculados con las representaciones en Salud Mental y las percepciones en torno al funcionamiento de la universidad.

A partir del análisis de los códigos anteriormente mencionados, se pudieron identificar ciertos aspectos a tener en cuenta. Los estudiantes relacionaron la Salud Mental al cerebro, al equilibrio psíquico, lo psicológico, la mente, lo psiquiátrico y lo cognitivo. Este modelo de pensamiento atribuye el padecimiento mental a causas hereditarias o congénitas donde los tratamientos tienen que ver con la adecuada administración de medicamentos, tratamientos farmacológicos, los cuales en algunos casos son vistos como solución inmediata. En cuanto a sus propias definiciones de Salud Mental, las estudiantes establecieron comparaciones con otras enfermedades, enfermedad mental como patología, en ocasiones se opera una reducción a lo biológico o reduccionismo en general, enfermedad mental como alteración del aparato psíquico. En este sentido existen distintos solapamientos con el código modelo neurobiológico. Los estudiantes también hablan de distintos “perfiles de persona” aunque definidos desde sus propias ideas.

Conforme se avanza en las carreras, los estudiantes manifiestan ir transitando desde una perspectiva de miedo, temor, incertidumbre y rechazo, a una que enfatiza la necesidad de aprender a “tratar con pacientes descontrolados, alterados”, a “reconocer actitudes que dan cuenta de una patología mental”. El hecho de hablar de “patología mental” da cuenta justamente de la

vigencia del modelo médico-hegemónico en el discurso de los estudiantes. Un punto de quiebre se identifica en el período de realización de las prácticas, donde los estudiantes refirieron que “tener información” permite entender al otro, ser más paciente, ser más observador, ver síntomas, mantener la distancia.

En relación al concepto de entorno social, se puso en evidencia la oposición de las ideas de soledad, abandono, a las ideas de familia, comunidad, apoyo emocional, experiencias previas, socialización y red de contención. En casi todos los casos los entrevistados manifiestan que poseen poco conocimiento sobre la Ley Nacional de Salud Mental y la Salud Mental en sí misma, tanto en la teoría como en la práctica y que necesitan que la universidad brinde herramientas para poder manejar casos vinculados con la Salud Mental en su actividad diaria. En relación al funcionamiento de la universidad, entre las referencias a la convivencia en ese ámbito, se evidencian cuestionamientos a la actividad docente, sobre todo en términos de pedagogía y protección de la Salud Mental de los estudiantes. También se hace referencia a reglas de la universidad que no contemplan qué actividades “alivian el estrés” de los estudiantes.

En lo que respecta a la experiencia de padecimiento mental, en todos los grupos surgió lo autorreferencial,

reflexiones sobre la propia Salud Mental, el estrés que conlleva estudiar este tipo de carreras, sumado en muchos casos al trabajo y otras obligaciones. Casi todos los entrevistados tuvieron alguna experiencia de una situación vinculada con la Salud Mental, donde se percibió el padecimiento. En algunas entrevistas se observa que las clases de Salud Mental suelen ser una especie de espacio catártico grupal. A través de estas narrativas del padecimiento es posible acceder a modalidades de abordaje concretas y cotidianas, a la vez que conocer el impacto emocional en el entorno y la reelaboración que hacen los participantes de la situación de crisis.

Acerca del modelo manicomial, los estudiantes reflexionaron sobre lo experimentado en las rotaciones, la lógica de las instituciones en las que hicieron las prácticas, el contraste con conceptos incorporados desde la cursada, las contradicciones entre la teoría y la práctica. Se mencionaron categorías como encierro, institucionalización, manicomialización, violencia, maltrato, electroshock, baños helados, viejo paradigma, despersonalización, desobjetivación, pérdida de la identidad, aislamiento, mucha medicación, poca comunicación. La experiencia en el sistema de salud contrapone algunos conceptos desarrollados en la currícula con las prácticas diarias del trabajo en salud mental.

### Etapa cuantitativa

A partir de los datos recolectados con el cuestionario estructurado se tabularon los datos en hojas de planilla de Excel. Luego se exportó a una planilla de SPSS y se estimaron los estadísticos de resumen, las pruebas de significación estadística con el Test de Chi Cuadrado, y se elaboraron gráficos para una mejor visualización de los resultados. Todos los análisis consideraron el tipo de carrera y el momento de la misma, analizando los resultados según los estratos definidos anteriormente.

El tamaño de muestra estimado fue 343 estudiantes. La muestra final quedó conformada por 293 estudiantes (tasa de no respuesta 15%) ya que algunos no quisieron participar y no se pudo tomar la muestra de los estudiantes de 5to año de Kinesiología.

#### Tabla 1.

Frecuencias absolutas y relativas según referencia a inclusión de contenidos en Salud Mental en asignaturas cursadas en el total de los estudiantes de las cuatro carreras de salud.

Inclusión de contenidos de Salud Mental en asignaturas cursadas	Frecuencia	Porcentaje
si	235	80,2
no	39	13,3
No está seguro/a	19	6,5
Total	293	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se puede observar que fue muy alta la referencia por parte de los estudiantes a haber cursado asignaturas que incluyeran contenidos de SM 80,2% (IC 95% 75,5-84,9 %). Las asignaturas que fueron mencionadas por más del 50% de la muestra fueron Psicosociales, Psicología social e institucional y Educación para la salud. Se destaca que no necesariamente estas asignaturas puedan tener efectivamente contenidos en Salud Mental. Se destaca que entre la totalidad de los estudiantes de carreras de salud, el 85.1% consideró que los contenidos trabajados sobre Salud Mental en las asignaturas cursadas fueron “muy relevantes” o “algo relevantes”. Sin embargo, al considerar los resultados por carreras, se observaron algunas particularidades que se detallan a continuación. Al preguntarles a los estudiantes cuál de las opciones representaba mejor lo que ellos pensaban sobre Salud Mental

M. V. Cordich | V. N. De León | M. A. Ferrari | D. M. Frankel  
J. A. Marín | S. C. Molina | N. P. Osella | D. S. Pertusi

predominó la idea de que la misma “es un estado de la persona”. Era esperable que aquellos que tuvieran algún conocimiento previo del tema seleccionaran esta opción, ya que el término “estado” aparece de manera reiterada en definiciones propuestas por organismos de salud y diversos autores. Sin embargo, la importancia de esta pregunta radica en distinguir aquellos estudiantes que asocian la idea de Salud Mental con una disciplina determinada o con aspectos negativos de las personas. Es así que destacamos que el 25% de la muestra lo relacionó con la ciencia médico-psiquiátrica.

Al considerar los resultados por carreras, el valor de significación de la prueba de chi cuadrado fue significativo. Entre los estudiantes de Enfermería predominó la creencia de que las instituciones son útiles o beneficiosas (teniendo en cuenta la relación entre observados y esperados con las otras carreras). Entre los estudiantes de Kinesiología se observó una mayor frecuencia de respuestas que refieren que “son beneficiosas porque contribuyen con la curación”. Por el contrario, entre los estudiantes de Medicina predominaron las respuestas que consideran que las instituciones son ineficaces y perjudiciales. El mayor aporte al chi cuadrado justamente lo hacen estas dos celdas. Entre los estudiantes de Nutrición la respuesta que aportó al valor del estadístico fue el desconocimiento.

**Tabla 2.**

Frecuencias absolutas según creencias sobre las instituciones psiquiátricas por carrera.

Creencias sobre las instituciones psiquiátricas	Carrera Enfermería	Carrera Kinesiología	Carrera Medicina	Carrera Nutrición
Son útiles porque permiten el aislamiento como estrategia terapéutica	11	3	2	6
Son ineficaces porque limitan los derechos y libertades	13	8	28	12
Son beneficiosas porque contribuyen con la curación	26	20	6	13
Son perjudiciales porque promueven el abandono de la persona institucionalizada	29	16	35	22
No me interesa	0	1	0	0
Desconozco	3	5	3	16
No responde	7	2	3	2

Fuente: Elaboración propia

### Conocimientos vinculados con la Ley Nacional de Salud Mental

El total de la muestra quedó definido por dos respuestas, por un lado la creencia que la Ley Nacional de Salud Mental amplía los derechos a la protección de la Salud Mental de todas las personas y consiste en un abordaje fuera de las instituciones de encierro, y por el otro, el desconocimiento. En lo que respecta al total de la muestra, solo un 3% mencionó que considera que la ley no contribuye con un cambio en relación a los derechos de las personas con padecimiento psíquico. En cuanto a la aplicabilidad de la misma, se observó asociación significativa para las carreras de Medicina y Nutrición. En Medicina se destaca nuevamente el desconocimiento solo al inicio, y una mayor proporción de respuestas vinculadas con la aplicación parcial hacia el final de la carrera que puede deberse al escenario de aprendizaje que consiste en las prácticas en campo. Para los estudiantes de Nutrición, el desconocimiento fue en ambos casos la principal respuesta, siendo la respuesta mayoritaria entre los estudiantes del final de la carrera. Entre los estudiantes de Enfermería y Kinesología las distribuciones de frecuencia para cada respuesta fueron similares, siendo el desconocimiento y la aplicación parcial de la ley las respuestas principales tanto al inicio como al final de la carrera.

**Tabla 3**

Frecuencias absolutas según creencias sobre la Ley Nacional de Salud Mental en el total de la muestra

Creencias sobre la Ley Nacional de Salud Mental	Frecuencia	Porcentaje %
Amplía el derecho a la protección de la SM de todas las personas	109	37,2
Procura una mirada parcial sobre el padecimiento mental	20	6,8
Focaliza tanto en la atención como en la prevención del padecimiento mental	23	7,8
No contribuye con un cambio en relación a los derechos de los pacientes	10	3,4
Desconozco	129	44
No responde	2	7
<b>Total</b>	<b>293</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Propia

### Triangulación de resultados

La estrategia de triangulación propuesta para analizar los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas y grupos focales, en conjunto con los datos obtenidos del cuestionario estructurado auto-administrado, nos permitió realizar los siguientes aportes en torno a los objetivos de investigación:

El primer objetivo se propuso describir las representaciones sociales (saberes, acciones y valores) que los estudiantes de las cuatro carreras construyeron sobre la Salud Mental. Las opciones más asociadas con la definición de Salud Mental, sin importar la carrera o el momento de la misma, fueron “es un estado de la persona” y “es un componente de la ciencia médico-psiquiátrica” lo que podría relacionarse con los conceptos del Modelo médico-hegemónico donde la salud y la enfermedad se reconocen como estados permanentes y a veces, inmodificables. Asimismo, al indagar sobre las circunstancias que inciden en la Salud Mental, las opciones “un problema social” y “una causa psíquica” fueron las que presentaron mayor frecuencia de respuesta. Al indagar sobre la percepción que tienen los estudiantes acerca de las creencias de la población general en relación a la Salud Mental, apareció nuevamente la idea de un “problema individual” entre los estudiantes de Medicina tanto al inicio como al final de la carrera; y la asociación unánime con la locura en las cuatro carreras. Es decir, si Salud Mental “es un componente de la ciencia médico-psiquiátrica”, es lógica su asociación con la locura. La representación social hegemónica que asocia la Salud Mental con la locura entre los estudiantes de todas las carreras no estaría reflejando una cuestión de prejuicios, sino una construcción social arraigada en ellos que las currículas no pueden modificar, pero que,

al menos, entran en tensión. El funcionamiento de la universidad y las experiencias de padecimiento fueron los códigos más representados. El análisis de estos fragmentos dejó en evidencia que los estudiantes tienen la necesidad de reflexionar sobre su propia Salud Mental como así también de personas allegadas a ellos. Las experiencias de padecimiento surgieron en todas las conversaciones, con un fuerte contenido autorreferencial, lo cual permitió profundizar en la temática a partir de la propia reelaboración que ellos hicieron acerca de alguna situación particular.

El segundo objetivo se propuso identificar semejanzas y diferencias en las Representaciones Sociales que construyeron quienes estaban en los primeros años de la carrera y las que construyeron quienes estaban en los últimos años. Esta comparación aportó datos interesantes. Se ha observado una correspondencia en relación al cambio de actitud respecto de los conocimientos de Salud Mental, asociando un cambio de perspectiva por parte de los estudiantes de los últimos años de las carreras. “*Los prejuicios son un obstáculo para relacionarse con los demás*” se destacó entre los estudiantes de Medicina hacia el final de la carrera. Al analizar las creencias sobre las instituciones psiquiátricas, se observaron algunas diferencias entre los estudiantes de Enfermería, Medicina y Nutrición. Entre los

estudiantes de Enfermería se observó un cambio de actitud en torno a los beneficios de las instituciones para contribuir a la curación, ya que al final de la carrera, predominaron las respuestas que consideraban que las instituciones psiquiátricas son “perjudiciales porque promueven el abandono de la persona institucionalizada”. Entre los estudiantes de Medicina, ya al inicio de la carrera, refirieron que estas instituciones son perjudiciales; de modo que el cambio de actitud al final de la carrera se orientó hacia la ineficacia de las mismas. Esto coincide con los códigos identificados en las entrevistas y grupos focales. El código “modelo manicomial” emergió solamente entre los estudiantes de Medicina, dejando en evidencia particularmente las contradicciones entre la teoría y la práctica y como un impedimento para un trabajo en salud mental que garantice el acceso a derechos. Solo en estos fragmentos se mencionaron categorías como encierro, institucionalización, manicomialización, electroshock, entre otros. Es decir, que se pone de manifiesto la coexistencia de prácticas manicomiales como obstáculo a un abordaje integral en salud mental reflejando de esta manera dos paradigmas que aún continúan en disputa. Como contrapartida, el código “modelo de atención comunitaria” apareció en los mismos fragmentos como un enfoque alternativo al modelo manicomial, rescatando el enfoque de derechos, la desinstitucionalización, internaciones cortas y

hospitales “más abiertos” aunque estas prácticas no son las que se observan en el sistema de salud.

Entre los estudiantes de Nutrición, se incrementó significativamente el número de estudiantes que refirió desconocimiento acerca de los beneficios o perjuicios en torno a las instituciones psiquiátricas al final de la carrera. Probablemente al inicio de la carrera respondieron en base a las representaciones que traían de su entorno, mientras que aquellos que ya se encontraban en el último tramo de la carrera evaluaron su respuesta en torno a los conocimientos adquiridos y consideraron que no podían decidirse por ninguna opción.

El tercer objetivo se propuso indagar acerca del conocimiento sobre los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental en estudiantes de la carrera de Enfermería, Kinesiólogía, Medicina y Nutrición de la UNLaM. A partir de la triangulación se observó que dicho conocimiento fue bajo, destacándose la carrera de Nutrición, donde se evidenció que la mayoría de las respuestas en el análisis cuantitativo reflejaron un desconocimiento casi unánime. En contraposición, la carrera de Medicina reveló una baja frecuencia de respuestas relacionadas con el desconocimiento con predominio en la ampliación de derechos. En lo que respecta a los estudiantes de Medicina, se observó que a partir de los

grupos focales realizados, el modelo manicomial establecido en el análisis cualitativo, si bien ha sido el código menos representado, se puede correlacionar con el análisis cuantitativo donde se pone de manifiesto cómo hacia finales de dicha carrera las instituciones psiquiátricas son percibidas como ineficaces para el tratamiento en salud mental ya que limitan los derechos y libertades. Esta contradicción podría relacionarse con los diferentes espacios por los que circulan los estudiantes: en los primeros años rotan en centros de salud donde se trabaja con la comunidad y en el eje de la prevención y promoción de la salud; mientras que en los últimos años las prácticas en hospitales permiten ver que el modelo de salud mental comunitaria todavía es resistido por los trabajadores de la salud y la salud mental.

### Reflexiones finales

Se evidencia la necesidad de incorporar a las currículas de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición, contenidos transversales que profundicen los contenidos acerca de la Salud Mental, para así poder formar a los futuros profesionales con herramientas para el desempeño de su profesión, orientando a la humanización de la práctica y evidenciando las desventajas y atrasos de replicar el modelo médico-hegemónico aún vigente. En lo que respecta a la carrera de Medicina,

ya tiene en su currícula estas asignaturas pero de todos modos se pone en evidencia que no es suficiente. La currícula innovada podría contribuir a transformar saberes hegemónicos, ya que es en dicha carrera donde se evidencian estos aspectos (respuestas sobre internación e instituciones psiquiátricas) en comparación con Enfermería, pero no contribuye a transformar las representaciones sociales. Un ejemplo de ello es cuando asocian Salud Mental con locura, o que la Salud Mental es un problema individual (esta respuesta fue alta en Medicina) donde se refleja que las representaciones coexisten con los conocimientos.

A partir de los resultados podríamos afirmar que las representaciones influyen en sus prácticas pre-profesionales de modos diversos, con lo cual surge como interrogante la necesidad de reflexionar acerca de las ambigüedades que genera el conocimiento versus las Representaciones Sociales. Se puede inferir que esto se debe mayormente a las dificultades en la implementación de la Ley en los distintos efectores de salud y la dificultad para el trabajo tanto interdisciplinario como intersectorial, como así también la primacía del curso de locura y peligrosidad presentes en medios de comunicación y la población en general. Consolidar un nuevo paradigma no solo excede al planteo kuhniiano de ruptura y sustitución de paradigmas limitado al

espacio académico, sino también y fundamentalmente a una marca política y social en el sentido de Sousa Santos. En este sentido reside la clave de afianzar la importancia del espacio académico en la cultura y en la transmisión del conocimiento.

#### Agradecimientos

Díaz Cordova Diego, Scanio Pamela, quienes realizaron el análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad y grupos focales.

#### Referencias bibliográficas

**Betancur, C.; Restrepo-Ochoa, D.; Ossa, Y.; Zuluaga, C.; Pineda, C.** (2014). *Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis proto típico y categorial*. Revista CES Psicología, 7(2), 96-107.

**Cherif, W; Elloumi, H; Ateb, A; Nacef, F; Cheour, M; Roelandt, J & Caria, A.** (2012). *Social representations of the psychiatric care in Tunisia*. La Tunisie médicale, 90.

**Carranza, V.** (2003). *El concepto de salud mental en psicología humanística-existencial*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 1(1), 1-19. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es).

**Di Marco, M H; Bugge, M; Boiso, N.** (2012). Formación de los operadores socio-terapéuticos (OST). Un análisis desde los programas vigentes en el área metropolitana de Buenos Aires en 2012. En: Faraone, S. (Ed.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la ley 26.657*. Buenos Aires: UBA - Facultad de Ciencias Sociales.

M. V. Cordich | V. N. De León | M. A. Ferrari | D. M. Frankel  
J. A. Marín | S. C. Molina | N. P. Osella | D. S. Pertusi

**Frankel, D.** (2003) *Entre Políticas Públicas y Programas Sociales: ¿un olvido histórico: la subjetividad negada?*, Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Revista Instituto Internacional de Gobernabilidad, Colección Documentos, Tema: Instituciones y Desarrollo, 152, Catalunya.

**Frankel, D.** (2002): *Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud*, en Cuadernos Médico Sociales, Rosario, 82.

**Glaser, B. & Strauss, A.** (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategy for qualitative research*. New York: Ed. Aldine Transaction.

**Jodelet, D.** (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Moscovici Serge. Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.

**Jodelet, D.** (2003) Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre de 2002. *Relaciones*, 24, 93, pp. 115-134. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/137/13709306.pdf>

**Leão, A; Barros, S.** (2011). *Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 15(36), 137-152.

**Lolas, F.** Bioética y salud mental En Lolas, F., Drumond, JG. De Freitas (editores) *Bioética*. Mediterráneo, Santiago de Chile, 2013 (pp. 61-72).

**Medeiros, B; Foster, J.** (2014). Mental ill health in the elderly: medical students' social representations in the United Kingdom. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (2), 132-8.

**Miranda, F. A. de; Simpson, C. A.; Fernandes, R. L.; Silva, M. B.; Sabino, M. D.** (2009). Social representations and the therapeutic role of nursing students. *Revista brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 663-9.

**Moll León, S.** (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31() 99-128.

**Moscovici, S.** (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.

**Moscovici, S. & Marková, I.** (2003) La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici. En Castorina, J. A (comp) *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa. pp. 111-152.

**Patton, M. Q.** (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd Ed). Newbury Park: Sage Publications.

**Pereira, M. A.; Barbieri, L; Paula, V. P. de; Franco Mdos, S.** (2007). Mental health in the family health program: the conceptions of community agents about mental illness. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), 567-72.

**Torres López, T. M.; Munguía Cortés, J. A.; Aranda Beltrán, C; Salazar Estrada, J. G.** (2015). *Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México*. *CES Psicología*, 8 (1), 63-76.

**Vázquez, B.** (2002): Doblar algo más una coma... Cuestiones éticas en el campo de la atención primaria. Presentado en *Congreso de Convergencia Psicoanálisis, Lazo Social y Adversidad: La práctica del psicoanálisis en instituciones asistenciales*, Moreno 3; C ref a Sacchett, Alejandro: Una Clínica de la Ética, Mimeo.

