

# TRAMAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD

Investigaciones y experiencias a diez años  
de la Ley Nacional de Salud Mental



MARÍA MARCELA BOTTINELLI  
ANA CECILIA GARZÓN  
MARIELA NABERGOI  
(COMPILACIÓN)

**teseo** 



# **TRAMAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD**



# TRAMAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD

Investigaciones y experiencias a diez  
años de la Ley Nacional de Salud Mental

María Marcela Bottinelli  
Ana Cecilia Garzón  
Mariela Nabergoi  
(compilación)

  
**teseo**

Tramas en la formación de profesionales en salud: investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental / María Marcela Bottinelli... [et al.]; compilación de María Marcela Bottinelli; Ana Cecilia Garzón; Mariela Nabergoi. – 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2022. 302 p.; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-723-332-2

1. Salud Mental. 2. Universidades. 3. Argentina. I. Bottinelli, María Marcela, comp. II. Garzón, Ana Cecilia, comp. III. Nabergoi, Mariela, comp.

CDD 362.204

© Editorial Teseo, 2022

Buenos Aires, Argentina

Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a: **info@editorialteseo.com**

**www.editorialteseo.com**

ISBN: 9789877233322

Imagen de tapa: Juano Monzón

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva del/los autor/es.

TeseoPress Design ([www.teseopress.com](http://www.teseopress.com))

ExLibrisTeseo 62c71d106b991. Sólo para uso personal

# Índice

Nota preliminar .....	11
Prólogo .....	13
<i>Mario Róvere</i>	
Prólogo .....	17
<i>Itzhak Levav</i>	
Introducción .....	19
<i>María Marcela Bottinelli y Mariela Nabergoi</i>	
Evaluación, logros y desafíos pendientes en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental .....	25
<i>María Marcela Bottinelli</i>	
A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, aportes de investigación a la formación profesional.....	57
<i>María Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Sergio Remesar, Francisco Diaz, Ana Cecilia Garzón, Patricia Vila, Andrea Albino, Carolina Maldonado, Daniel Frankel y Sonia Olmedo</i>	
Puentes en el sistema de salud: el caso de las residencias en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Saberes, perspectivas y tensiones en torno a la Ley 26.657 .....	99
<i>Flavia Torricelli y Silvia Faraone</i>	
Formación de psicólogos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata .....	125
<i>Rocío Cataldo, Gustavo Liberatore, Ana María Hermosilla</i>	

Leyes Nacional (26.657) y Provincial (9.848) de Salud Mental y Formación de Recursos Humanos en Medicina y Enfermería para su implementación.....	147
<i>Angélica Leonor Dávila, Jorge Zárate, Mariana Illanes, Griselda Sananez, Carina Gioacchini, Carola Hunziker y Marina Iudicello</i>	
La adecuación de las universidades a la Ley Nacional de Salud Mental.....	161
<i>Roxana Amendolaro</i>	
Representaciones sociales y salud mental. Vínculos y tensiones entre las representaciones de docentes y estudiantes de carreras de salud.....	185
<i>Sergio Esteban Remesar, Victoria Alejandra Vidal, Leticia Grippo, Sara María Daneri, Carolina Yael Acuña, Xochil Sardu, María Fernanda Sabio, Aurora Susana Álvarez, Martina Dumrauf y Romina Anabel Sabaliauskas</i>	
Representaciones sociales sobre salud mental de docentes y estudiantes universitarios de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición (UNLaM). Resultados preliminares .....	211
<i>Virginia Noemi Cordich, María Victoria De Leon, Mariela Ángela Ferrari, Daniel Frankel, José Antonio Marin, Sabrina Cecilia Molina, Silvana Karina Moreira, Natalia Paola Osella y Dario Sebastián Pertusi</i>	
Formación profesional de terapeutas ocupacionales de Argentina en salud mental a partir de la Ley 26.657. Incorporación de las recomendaciones del art. 33.º en los planes de estudio vigentes de las carreras de grado...	235
<i>Andrea Albino</i>	

Los procesos de formación de profesionales en Psicopedagogía: diagnóstico, intervención profesional y matrices de formación en los planes de estudio. Aportes de la Ley Nacional de Salud Mental.....	249
<i>Patricia Vila</i>	
Algunos resultados parciales sobre el enfoque de derechos en la formación de los enfermeros y las enfermeras.....	267
<i>Carolina Ruth Maldonado</i>	
Enfoques de género en los planes de estudio de las carreras de grado vinculadas al campo de la salud mental de las universidades nacionales públicas y privadas del AMBA.....	281
<i>Ana Cecilia Garzón</i>	



## Nota preliminar

Les autores de este libro adherimos al uso del lenguaje no binario e inclusivo por cuanto consideramos la importancia de reconocer la diversidad de géneros y sexualidades. Sin embargo, cada uno de los autores ha optado por hacer uso de dicho lenguaje de distinto modo. En algunos textos aparece por medio del uso de barras que distinguen entre femenino y masculino, en otros se utiliza la *x* o la *e* y algunos han preferido aclarar tales distinciones al comienzo del texto, con discontinuidades en su desarrollo para evitar distinciones que puedan hacer engorrosa la lectura.



# Prólogo

MARIO RÓVERE

*Antes de hablar, quesería decir unas palabras.*

Nini Marshall

Extraída del humor popular, esta frase, un verdadero pase de comedia, puede, sin embargo, ser una forma sencilla de explicar el rol de un prólogo en donde se intenta colocar en perspectiva, acercar el sentido por el que el lector, la lectora “quesería” entrar en diálogo con experimentados autores –que por ello mismo son también actores– de una gesta, que, en forma de tramas construidas, se despliegan en la formación profesional por más de diez años, luego de promulgada la Ley Nacional de Salud Mental.

Es un privilegio y una gran responsabilidad ser invitado a prologar la tarea de varias decenas de autores, pero sobre todo de hacedores al poner por escrito sus experiencias, sus indagaciones, sus recorridos al amparo y en la militancia de una ley.

“Lo instituyente y lo instituido”; difícil resistir el apelar a esta dinámica dialéctica que, quizás, encontremos detrás de toda “ley” que se precie de tal. Hay en este par dialógico un implícito que supone una producción y una potencialidad, que nos habla al mismo tiempo de lo ocurrido, de lo logrado, de lo consolidado, pero también de promesas, de deseos, de expectativas que aún están por ocurrir o, mejor aún, que hay que hacer ocurrir.

Por eso puede resultar útil una breve apelación a “de dónde venimos” y el “hacia dónde vamos” en una tarea tan compleja como la de inscribir las prácticas de salud mental en los dinámicos campos de la salud y de los derechos

humanos, territorios que no se conquistan de una vez para siempre, sino que requieren la permanente mirada atenta de cada actor y actora del campo.

Y es que, si consideramos el sentido más profundo de ser pro-“fe”-sional (como el de ser pro-“fe”-sor/a) –etimológicamente, quien detenta saberes técnicos certificados y al mismo tiempo está formado en valores–, surge clara la exigencia de formar un ciudadano, una ciudadana en lo mejor del estado del arte, con competencias y con capacidades para trabajar en equipos interdisciplinarios, para mantener abierta su capacidad de aprender, pero siempre dotados y dotadas de un sólido sistema de valores, en nuestro caso, con un ineludible compromiso con el derecho a la salud.

El movimiento de salud mental en Argentina reconoce antecedentes muy anteriores a “la ley” tanto nacionales como internacionales, tal como se van nombrando en el texto. La mayoría de los actores y formadores de opinión del campo podrían coincidir en que “las tramas” rizomáticas que convergen al momento legislativo invitan a remontarse bastante atrás si consideramos apenas los relatos más frecuentes, aunque los énfasis y la heterogeneidad serán sus rasgos constitutivos.

Como señala M. Foucault, nada ha sido más infame en la historia de la salud después del “tratamiento” social de la lepra como los crueles tratamientos “brindados” a las personas declaradas como enfermos mentales. Eso explica que el *no restraint* de Philippe Pinel o el hospital sin puertas (“Open Door”) de los escoceses hayan sido traducidos por los higienistas del primer siglo de la república como “civilizatorios”. Mucho más oculto se encuentra el período eugenista de entreguerras al que resulta imprescindible interpelar para poder interpretar adecuadamente el clima de época con el que confrontó el primer ministro de Salud de nuestro país Ramón Carrillo.

Años después un servicio de salud mental en un hospital general sería la experiencia pionera que, conducida por Mauricio Goldemberg en el Hospital Evita de Lanús,

serviría como un verdadero “seminario” de contramodelos en el tratamiento del padecimiento mental.

Las experiencias comunitarias y sus protagonistas fueron especialmente reprimidos por la dictadura genocida. Los avances generados a partir de la recuperación de la democracia son imprescindibles para explicar la existencia de la Ley 26.657 (2010) y su demorada reglamentación. En efecto, el ensañamiento de las dictaduras con la salud mental y sus referentes constituyó una fuerza ética muy significativa en la recuperación de la democracia (diciembre de 1983). Competía entonces con el seguro nacional de salud, pero, sin embargo, con base en las transformaciones y la inversión en la dimensión formativa, el movimiento de salud mental se mostró más resistente y sustentable a lo largo de cuatro décadas.

La existencia de este marco legal ha instituido una fase nueva que a diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental continúa representando un desafío, porque es ineludible reflexionar sobre lo logrado y tanto más en lo que invita/obliga a suceder.

Qué perfiles profesionales necesita el país es siempre una pregunta de difícil respuesta, pero más aún lo es responder qué perfiles profesionales necesitará el mundo. Esa es la pregunta tan imprescindible como imposible de contestar en el campo de la educación profesional. Imprescindible porque provee el sentido direccional necesario para priorizar contenidos y estrategias educativas, e imposible porque supondría una capacidad de anticipación de las necesidades de salud de la población para los próximos 30 años, las que comprenden una dinámica tan incierta y plástica, lo cual se puede constatar mirando para atrás en un período similar.

Las ondulaciones de énfasis de apogeo y de eclipse de la salud mental se han movido, aun en democracia, como las trayectorias de un delfín, y, más que con las políticas de salud, coinciden fuertemente con el movimiento de derechos humanos.

Cuando se menciona el carácter abolicionista de las prácticas manicomiales de la Ley de Salud Mental, se asocia inmediatamente con los procesos de desmanicomialización, pero Vicente Galli llama la atención sobre otra operación deconstructiva. Es que la ley –a excepción del artículo 43, en donde obligadamente debe usar el término ya que sustituye un artículo del código civil (art. 482)– omite intencionalmente el uso del término “enfermedad mental”, reemplazándola por “padecimiento mental”.

Vemos allí una operación simbólica con fuerte impacto en la formación de los equipos de salud al desalojar el lugar de la salud mental como una cuota parte de la morbilidad y colocarla en otro diálogo en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. Conceptualizar el padecimiento mental que genera enfermedad y la enfermedad “orgánica” que genera padecimiento mental invita a pensar nuevas formas de articulación de equipos y de trabajo interdisciplinario.

Es en este marco interpretativo en el que me permito invitar a recorrer las cartografías rizomáticas de un viaje de diez años irrepetibles, un viaje que reúne, sistematiza y aprovecha aportes de muchas generaciones y siembra “gérmenes de futuro” para lo que aún no ha sido instituido.

# Prólogo

ITZHAK LEVAV

Este importante libro clarifica la trama tanto en cuanto a su contenido como a su proceso de adopción y mantenimiento de la actual legislación argentina de salud mental a 11 años de sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y a 8 años de su reglamentación.

El proceso que se despertó distó, y aún dista, de ser lineal tanto en su origen como en su desarrollo y curso. Lo ha sido así no solo en Argentina, sino también en otros países, por ejemplo, en Italia. Cabe notar que la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina no es un cuerpo legal aislado, sino que está acompañado por su posterior reglamentación más reciente, así como por la adopción de componentes internacionales.

Cabe indicar que el proceso de conocimiento del derrotero de la trama requirió que los autores incluyeran un conjunto altamente competente de investigadores/as de variadas filiaciones y profesiones de la salud mental, lo que así superó la limitada representación de acciones de épocas anteriores. La siguiente es una mera muestra de las nuevas acciones (tomadas de este libro),

despertadas, entre otras, por:

- la necesidad de sustituir las instituciones monovalentes públicas y privadas, el fortalecimiento de una red masiva de servicios de salud mental con base en la comunidad y el desarrollo de dispositivos intermedios y atención en hospitales generales;
- la promoción y profundización de los planes de externalización de personas internadas por problemáticas sociales;
- las políticas de salud mental y derechos humanos, incluyendo la promoción y afianzamiento de la creación y acción de

nuevos organismos de revisión de salud mental;  
– la profundización del rol del poder judicial y  
– el desafío de las prácticas en el campo de salud mental particularmente en salud mental infanto-juvenil.

La lectura cuidadosa de esos variados capítulos no solo alumbra la trama, sino que la explica cada vez que la hace objeto cuidadoso de investigación y debate.

En síntesis, la trama que continuamente crece requiere que la salud mental continúe desarrollándose en todos los ámbitos de acción.

# Introducción

MARÍA MARCELA BOTTINELLI Y MARIELA NABERGOI

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, emerge de un proceso colectivo con diferentes actores sociales: personas usuarias, red de familiares, profesionales, gremios, asociaciones, universidades, organizaciones gubernamentales (OG), no gubernamentales (ONG) y de derechos humanos (DD. HH.), etc. Considerada mundialmente como una ley de avanzada, focaliza una perspectiva inclusiva de derechos. Incorpora la perspectiva de salud mental comunitaria con una mirada de la salud integral, no solo desde la enfermedad, sino también desde los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados. Sostiene un cambio de paradigma que, superando el paradigma tutelar, rompe el sintagma enfermedad–locura-peligrosidad-encierro-medicalización, proponiendo una perspectiva desde los procesos de cuidado de la salud integral, considerando sus determinantes sociales, fortaleciendo la atención primaria en salud y el trabajo desde los dispositivos sustitutivos al encierro, priorizando las estrategias y propuestas comunitarias.

Enmarcada en un entramado normativo nacional e internacional, la ley involucra una serie de acciones que sostienen su implementación participativa como política pública de relevancia en las líneas de acción de la nación en los primeros años del siglo XXI, que se expresan no solo en su sanción, sino también en el entramado necesario para su implementación, como el Plan Nacional de Salud Mental, la regulación de la ley en 2013, y el trabajo participativo sobre recomendaciones para la formación de fuerzas de seguridad y para medios de comunicación, los lineamientos y las recomendaciones para la formación en

salud mental y adicciones (SMyA) para universidades realizada por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de SMyA, Jefatura de Gabinete de Ministros junto con el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, y trabajada con las universidades públicas y privadas de todo el país.

Si bien las leyes y políticas son marcos que promueven derechos, sus procesos de implementación requieren acciones consistentes y específicas que sostengan la complejidad del cambio de paradigma para garantizar su puesta en funcionamiento. Para asegurar la viabilidad de los procesos de implementación y legitimación de la ley y las políticas propuestas, es necesario diseñar y construir un entramado de acciones concretas que promuevan y posibiliten los cambios de paradigma propuestos. Diversos autores nacionales e internacionales como Testa, Levav, Rodríguez y Sarra-ceno explicitan las dificultades inherentes a todo proceso de implementación de la transformación en el campo de la salud, particularmente cuando estos se enmarcan en cambios paradigmáticos en las concepciones de salud, enfermedad, atención y cuidado. Asimismo, señalan la importancia de realizar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas que permitan sistematizar experiencias y explorar, describir, comparar, explicar y comprender dicha complejidad, promoviendo la producción de conocimientos validados y fundamentados que permitan sostener los cambios y aportar insumos para la implementación y la toma de decisiones necesarias, garantizando la equidad, universalidad e integralidad de las acciones y propuestas.

La investigación evaluativa y la evaluación de políticas públicas con abordajes participativos brindan herramientas que permiten recuperar la polifonía de voces de los implicados para analizar en qué medida se garantizan los derechos, cuáles son las necesidades o acciones aún no cubiertas y cuáles serían las alternativas posibles en dichos contextos. En ese sentido, y dada la trayectoria de la universidad, consideramos de suma relevancia compartir los resultados de

investigaciones que evalúan el proceso de puesta en funcionamiento de dichos marcos normativos y permiten indagar, ampliar y profundizar las acciones identificadas como necesarias para colaborar en la plena implementación de la Ley Nacional 26.657.

Desde una concepción decolonial, compleja y crítica de la salud, los análisis en el campo de la salud y salud mental implican no solamente la evaluación estructural respecto de la cantidad de servicios, hospitales y camas y de la evaluación epidemiológica de las enfermedades y su atención, como tradicionalmente se proponía, sino un examen de sus determinantes desde una mirada integral que permita fundamentalmente valorar y sostener las condiciones para prevenir y promover la salud. En este sentido, la evaluación e investigación evaluativa en el campo de la salud requiere considerar

el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, expresados en organizaciones, normas y servicios, cuyo objetivo es alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (Lobato y Giovanella, 2008, citado en Bottinelli, 2014: 15).

Por ende, constituye un insumo riquísimo para la gestión y la toma de decisiones en salud.

[La evaluación] produce conocimiento con el propósito de brindar elementos para la toma de decisiones, transferir los aprendizajes surgidos de experiencias innovadoras y poner la información a disposición de la ciudadanía —esto último, a los efectos de darle transparencia a la gestión de gobierno y de promover la participación social (Neirotti, 2007: 4).

Un cambio normativo tan relevante como es el de la sanción de la Ley 26.657 implica un consistente posicionamiento estatal en el campo de la salud mental. El análisis de su implementación, los avances y el comportamiento de los

actores sociales involucrados en esa política permite identificar en qué medida se logran los objetivos propuestos.

En todo proceso de investigación, se entrecruzan decisiones y posicionamientos éticos expresados en él, ya desde la elección del tema y los propósitos de la investigación. En la investigación evaluativa, un aspecto ético central es el posicionamiento respecto de los intereses de diferentes actores involucrados: Estado y programas gubernamentales, sus ejecutores y la población destinataria, para asegurar su defensa, así como los intereses del conjunto de la sociedad.

Este libro surge como una producción colectiva que intenta visibilizar las construcciones y los pendientes en la formación en salud mental, en la implementación de la Ley 26.657 y en los marcos normativos de derechos. Nos propusimos potenciar voces diversas, recuperando experiencias y saberes situados que permitan visibilizar lo que se hace y desmitificar errores y miedos que sostienen los embates a la ley, intentando multiplicar y amplificar esas diferentes lógicas de producción de conocimientos para que lleguen los productos de investigaciones con polifonía de voces, lugares y disciplinas, entramados con las vidas de las personas y el trabajo vivo, de manera que puedan incidir y coadyuvar en la transformación necesaria en la lucha indeclinable por los derechos fundamentales a una vida digna para todas las personas.

Esperando contribuir a la difusión de la producción de las universidades públicas y promover el uso de la información en articulación con las instancias decisoras del Estado, en este libro presentamos los resultados de ocho equipos de investigación y expertos en el tema de diferentes regiones de Argentina que se entraman con dos investigaciones de nuestros equipos que vienen trabajando en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), indagando los procesos de implementación de políticas públicas en salud mental, con foco en la cuestión de la formación en el campo de la salud mental. También incluimos un apartado con avances

de tesistas y becarios en el tema de nuestros posgrados del Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg del Departamento de Salud Comunitaria de la UNLa.

## **Bibliografía**

- Bottinelli, M. M. (2014). “Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de Salud Mental en Argentina”. Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. UNLa. Dir: Emiliano Galende. Disponible en el Repositorio de la UNLa.
- Neirotti, N. (2007). *Elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación de políticas y programas sociales*. Buenos Aires: IIPE-Unesco.



# Evaluación, logros y desafíos pendientes en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental

MARÍA MARCELA BOTTINELLI

En el año 2017, fuimos seleccionados en una convocatoria de Proyectos de Investigación Orientada del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) conjuntamente con la Universidad Nacional de Lanús (PIO Conicet-UNLa). En dicha convocatoria presentamos una propuesta que articula tres subtemas estratégicos de las investigaciones orientadas: la evaluación para el fortalecimiento de políticas públicas que aborden problemas nacionales, la perspectiva de derechos humanos, y las condiciones de salud, en nuestro caso, con foco en salud mental.

Para valorar el estado de situación, no solo normativo y de planificación, sino también de las perspectivas y los sentidos asignados por diferentes actores implicados, diseñamos una investigación exploratoria descriptiva con triangulación de metodologías y herramientas cuali-cuantitativas. Nos propusimos, por un lado, identificar los logros y los aspectos facilitadores y obstaculizadores en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental a partir de entrevistas, encuestas y grupos de discusión con personas usuarias, efectores, gestores y referentes del área, y, por otro lado, realizar una revisión documental, a través de una observación sistemática de los aspectos regulados en el marco normativo, la ley, los planes, las políticas o los programas vigentes para identificar, en primer lugar, los aspectos contemplados y operativizados o no, a nivel nacional y jurisdiccional, y, en segundo lugar, las características y formas de expresión de los paradigmas biopolíticos

tensionantes. Por las características de la configuración del campo durante el período de realización del proyecto, el análisis documental y de fuentes cobró mayor relevancia para el estudio de los obstáculos y aspectos facilitadores, dado que, además de las tradicionales investigaciones y la producción académica, se desarrollaron y consolidaron procesos de sistematización de información y evaluación de estas políticas públicas con diferentes grados de sistematización e institucionalidad, como páginas o sistemas desde organismos públicos (SISA, Atlas de Legislación, entre otros), informes específicos de organismos creados por la Ley 26.657 (Órgano de Revisión, Defensoría y Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones), e informes de organizaciones de la sociedad civil que se comprometieron con el seguimiento de la implementación de la ley (por ejemplo: CELS, ACIJ) a nivel nacional y jurisdiccional. Estos documentos condensan perspectivas de diferentes actores implicados que permitieron sistematizar los múltiples aspectos sobre los que norma la ley con mayor alcance y representatividad a lo esperado inicialmente.

Un interés particular de nuestro estudio era explícitamente trabajar la validez ecológica y el uso de la información, es decir, revisar con los mismos actores la interpretación de los resultados y sistematizar formas de producción de conocimiento que facilitarían la discusión y difusión para trabajar con los diferentes actores implicados<sup>1</sup>, de modo de promover las transformaciones necesarias a partir de la participación y el uso de los datos relevados a través de la investigación evaluativa y participativa. Considerando que la posibilidad de participar (en el sentido de tener voz, ser escuchado) es una forma de empoderamiento y coconstrucción de ciudadanía, un aspecto ético de la investigación es

---

<sup>1</sup> Como el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA), que sostiene orgánicamente la participación social para la implementación de la Ley de Salud Mental, en su articulación con la Comisión Nacional Interministerial CoNISMA.

la generación de espacios de transferencia que aseguren el acceso a los resultados de diferentes grupos involucrados, así como a los organismos y las instancias de gestión implicados en la planificación, la toma de decisiones, la implementación, la evaluación y el seguimiento de programas y planes del área de investigación, así como de programas formativos (Bottinelli y cols., 2016). Así, además de las tradicionales presentaciones y publicaciones, compartimos resultados en diversas instancias docentes en grado y posgrado dentro de la misma institución (espacios de clases, radio de la universidad, reuniones de investigadores, departamentos e institutos, etc.) y en articulación con nuestra participación en otros espacios de trabajo, equipos de investigación, redes, asociaciones, residentes, gestores de políticas públicas, trabajo con comunidad, becarios y tesis. Uno de los productos más relevantes para nosotros se constituyó en el documental *Desmontar la máquina*, estrenado cuando este libro estaba siendo editado, en el cual, a través de relatos producidos en múltiples horas de filmación de entrevistas, grupos, marchas, congresos y material de archivo, el entramado de voces de diversos actores fue engarzado estéticamente en un relato audiovisual, amplificando los formatos de visibilización tradicionales de dicha polifonía y de las formas de producción de conocimientos.

## **Reflexiones sobre la situación actual y el proceso de transformación**

### **El proceso de implementación del marco normativo e institucional**

Aunque alrededor del 75 % de los países del mundo tienen legislación de salud mental, solamente la mitad (el 51 %) las aprobó después de 1990, y casi un sexto (el 15 %) tiene legislación que data de antes de la década de 1960 (OMS, 2001). Por ende, “la legislación de muchos países

está desactualizada y, como se ha dicho antes, en muchas instancias priva a las personas con trastornos mentales de sus derechos, en lugar de protegerlos” (OMS, 2006: 19).

En nuestro país contamos actualmente con la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), conocida como la Ley 26.657, sancionada el 25 noviembre de 2010 por el Honorable Congreso de la Nación y promulgada el 2 de diciembre de 2010 (en ella se deroga la Ley n.º 22.914). La Ley 26.657 es reconocida internacionalmente y estimada como una ley de avanzada en materia de salud mental. Referencia y considera los acuerdos y tratados internacionales<sup>2</sup> sobre derechos humanos, salud, salud mental y discapacidad que Argentina ha firmado y por ende está obligada a respetar, proteger y cumplir. Entre ellos, los que se refieren a la salud y los derechos humanos en términos genéricos, y los documentos internacionales que se hacen referencia explícitamente a salud mental (incluyendo, por ejemplo, los que señalan estándares sobre buenas prácticas en salud mental y los derechos de las personas con discapacidad). Además, hay una serie de documentos internacionales que señalan

---

<sup>2</sup> Los instrumentos internacionales de derechos humanos se pueden dividir entre los que obligan legalmente a los Estados que los han firmado y ratificado (generalmente llamados “tratados”, “pactos” o “convenciones”), como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), y los que se denominan “estándares” internacionales de derechos humanos, considerados principios o directrices (en general en declaraciones, resoluciones o recomendaciones internacionales, emanadas de órganos de carácter internacional), como las Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, por ej., los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991). Estos últimos, aunque no son “legalmente vinculantes”, tienen influencia en la legislación de los países porque han sido consensuados internacionalmente, y “los gobiernos tienen la obligación, bajo el derecho internacional de los derechos humanos, de asegurarse de que sus políticas y prácticas se adecuen a las normas obligatorias de derecho internacional de los derechos humanos –y esto incluye la protección de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2006: 28). Su cumplimiento es monitoreado por órganos regionales o internacionales como la Corte o Sistema Interamericano de Derechos Humanos en América.

criterios para la planificación, la evaluación, el registro de información, la sistematización, el análisis, la comunicación, el uso de información e indicadores de salud y salud mental, así como para la gestión de las políticas públicas con enfoques de derecho y los procesos de implementación de marcos normativos o procesos de reforma. Estas pueden ser consultadas en diferentes documentos, como el Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (OMS, 2006, en Bottinelli, 2014).

La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) asegura, para todas las personas, el derecho a la protección de la salud mental, el que deberá ser respetado en todos los servicios y efectores de salud del país, en sus tres subsectores, público, privado y de obras sociales, en todos los niveles de atención. En sus 46 artículos, se promueven principios generales de salud mental, derechos humanos y protección contra la discriminación, así como principios generales sobre la modalidad de abordaje en salud mental y aspectos institucionales que la sostengan. Entre las garantías explícitas, se encuentran los siguientes derechos: a la intimidad; a vivir en comunidad; a la atención sanitaria adecuada tanto en los tratamientos como en las internaciones, incluyendo el derecho al consentimiento informado; a mantener los vínculos familiares y afectivos; a la no discriminación; a la información sobre su estado de salud; a la autonomía personal; a la identidad, no solo garantizando su inclusión social e integración, sino sus derechos básicos fundamentales (particularmente en las personas internadas cuya identidad se desconoce).

Existen además leyes provinciales anteriores a la ley nacional que sostienen la perspectiva de derechos y desmanicomialización, como la Ley 2.440 de Río Negro de 1984, pionera en toda la región, y las posteriores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (448), San Luis (536), Chubut (384), Entre Ríos (8.806), San Juan (6.976) y Santa Fe (10.772). Varias provincias incluyeron en sus marcos

normativos la adhesión explícita a la ley nacional y su marco jurisdiccional, como Buenos Aires, Chaco, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, Neuquén y Tucumán. En otros casos, como Neuquén y La Rioja, se promueven comisiones específicas o programas como en Santa Fe. En el período 2015-2019, se evidencian leyes, decretos y resoluciones a nivel nacional que, con diversos grados de implicación o especificidad, norman sobre el campo. Sin embargo, tanto sus contenidos como su implementación han sido desiguales y muestran un campo con actores y tensiones muy marcados, por lo que merecen revisarse los resultados ya descriptos en diversas publicaciones por nuestro equipo y presentados por varios expertos al respecto.

La Ley 26.657 creó institucionalidad y organizaciones para garantizar los principios propuestos, particularmente la intersectorialidad, la participación comunitaria y la determinación de veedores del cumplimiento de su implementación. Además, incluye explícitamente indicaciones sobre la creación de un plan de salud mental, la implementación de censos con frecuencia determinada, recursos, formación, instancias de revisión del cumplimiento y del estado de situación (informes anuales, presupuesto del 10 %, regulación de funciones, periodicidad de reuniones, rendimiento de cuentas, necesidad de una dirección nacional de SMyA, entre otros).

En nuestro país, a partir de la sanción de la Ley 26.657, se reorganizó el lugar que ocupa la salud mental en la estructura del Ministerio de Salud de la Nación, quedando la gestión y coordinación de las políticas en el área en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Las funciones y líneas de acción a su cargo incluyen el desarrollo y la aplicación de normativas y protocolos respecto de la LNSM (confeccionar e instrumentar documentos para monitorear las prácticas e intervenciones en salud mental y adicciones) y la implementación de todas las leyes vigentes en su área. Al momento de su creación,

dicho marco estaba compuesto por la Ley 26.657 que le dio origen, la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo n.º 24.788 de 1997, y la Ley Nacional de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM) n.º 25.421. Es de destacar que la LNSM se enmarca en una serie de normativas previas y actuales que evidencian también cambios en el marco estratégico-político nacional para la salud a partir del 2021. Las normativas vigentes específicas en salud mental pueden ser consultadas en la página del Atlas Federal de legislaciones.

Entre los sectores y actores implicados en la coordinación de políticas de salud mental a nivel nacional, se destacan, a nivel de Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de Salud Mental Adicciones y, a nivel de Jefatura de Gabinete de Ministros, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. Esta última se encuentra compuesta entre otros por INADI, SEDRONAR, SENAF y los Ministerios de Salud, Desarrollo, Trabajo, Educación, Seguridad, Justicia y Derechos Humanos, y Cultura; de ella a su vez depende el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (conformado por 30 organizaciones de personas usuarias y familiares, derechos humanos, redes, sindicatos, asociaciones profesionales, universidades, con carácter federal) y el Ministerio Público de la Defensa, que articula el trabajo de Órgano de Revisión, la Unidad de Letrados del art. 22 y la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad. Por último, hay una Comisión Permanente del artículo 34.º para supervisión, estándares y habilitaciones que articula el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. La reglamentación de la LNSM pone en marcha o redefine diferentes organismos con funciones específicas: el Consejo Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones; el Consejo Consultivo Honorario, el Órgano de Revisión, la Comisión Conjunta para Habilitación y Fiscalización, y el Registro Nacional para la

Búsqueda de Identidad y Filiación. En la actualidad, a nivel provincial, a pesar de trabajar fuertemente en que se creen estos organismos o similares, no se encuentran<sup>3</sup> representados y garantizados en todas las jurisdicciones, y, en las que los hay, no siempre se logran los consensos necesarios en defensa de garantizar la ley.

La Ley Nacional de Salud Mental da expresa prioridad a la redacción de las bases para un Plan Federal de Salud Mental y Adicciones (2013), asumiendo como estándares irrenunciables los referidos al marco nacional y particularmente a los enunciados en la Constitución Nacional, la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (26.061) y las legislaciones provinciales pertinentes. Hasta el momento, se generaron dos planes, el primero en 2013 y el segundo en octubre de 2021 (actualmente en revisión por cambio de gestión en la Dirección Nacional).

En síntesis, el marco actual a nivel nacional incluye la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) y su decreto reglamentario 603/13, considerados de avanzada internacionalmente, que se entranan en normativa nacional e internacional consistente y recuperan experiencias acordes internacionales y locales. Asimismo, se construyó participativamente un Plan Nacional de Salud Mental por Resolución 2.177/13 y se realizó un nuevo Plan Nacional de Salud Mental en 2021, que fue presentado previo a la salida del director nacional y actualmente está en revisión por la nueva dirección. Este marco se sostiene en un entramado de leyes (nacionales e internacionales), decretos y regulaciones nacionales, pero también jurisdiccionales/provinciales que tensionan dado el carácter federal de organización del sistema, y la complejidad y diversidad económica, social, productiva, territorial y poblacional (heterogeneidad

---

<sup>3</sup> Por ejemplo, según consta en la página del Órgano de Revisión Nacional, se creó un Consejo Federal de Órganos de Revisión, que nuclea a los 10 órganos de revisión o estructuras equivalentes provinciales existentes a la fecha.

poblacional, concentración urbana). Se crearon además institucionalidades para sostener la intersectorialidad, la participación social, y órganos de aplicación y de revisión para que garantizaran, vigilaran y acompañaran su puesta en funcionamiento. Sin embargo, su cumplimiento y su implementación son muy dispares tanto a nivel nacional como de las 24 jurisdicciones, y algunas de las normativas presentan características contradictorias con ella.

### Estado de situación (algunas referencias del período de estudio)

Las acciones en salud se estructuran en función de las prioridades que provienen de los datos poblacionales, de los problemas de salud y de la organización del sistema de salud y los compromisos internacionales. Nuestro país muestra una alta heterogeneidad sociocultural en la que conviven poblaciones originarias con migrantes de diferentes períodos migratorios que presentan aspectos específicos, sumados a los de la hibridación cultural emergente. El país organizado federalmente presenta desigualdad regional en el desarrollo productivo y en las condiciones socioeconómicas y culturales (NOA y NEA presentan mayor pobreza convergente; tres cuartas partes del PBI son generadas en solo cinco de las 24 jurisdicciones), y en él persisten inequidades, desigualdades y brechas en salud, según los informes del Ministerio de Salud de los últimos años.

La Organización del Sistema de Salud es compleja y cambiante desde su creación y en su historia reciente en organización, instituciones, acciones y normas. Esta pluralidad de orígenes y condiciones de vida se asocia a diferentes significados acerca de los procesos de salud, enfermedad y atención asignados subjetiva y colectivamente en cada comunidad y grupo y, por ende, presentan un desafío que tensiona entre las particularidades subjetivas y la necesidad de universalizar a la hora de determinar las prioridades de salud y el abordaje de las propuestas en salud mental.

Se trata de un sistema caracterizado como descentralizado, fragmentado y segmentado. Garantiza la universalidad de cobertura teórica, pero encuentra tensiones en la efectivización de la misma por sus características constitutivas.

Se trata de un sistema federal (compuesto por 24 jurisdicciones que además se subdividen en municipios) mixto trisectorial (público, privado y obras sociales), y la distribución del financiamiento es escasa y de compensaciones no unificadas. El Ministerio de Salud de la Nación tiene la rectoría en articulación, organización y control, lo que presenta un desafío histórico y constante al rol y a las posibilidades de garantizar la equidad tanto en el acceso a la atención en salud, como a las condiciones de vida que garanticen la salud. Existen instancias de articulación a nivel jurisdiccional y nacional, como los consejos federales de salud, salud mental, drogas, legislación y otros (COFESA, COFESAMA, COFELESA, COFEDRA, Mesa Federal), cuya frecuencia de reuniones y agenda son variables según la voluntad de convocatoria y la participación de los diferentes niveles gubernamentales (Bottinelli, 2019).

Los informes relevados refieren problemas persistentes en el financiamiento, la gestión y la coordinación en salud (MSAL) por la multiplicidad de prestadores de los diferentes subsistemas, la falta de coordinación de acciones entre actores (de los diferentes sectores y jurisdicciones), el solapamiento de servicios y, a pesar del aumento de fondos de transferencia a jurisdicciones, la falta de un programa compensador unificado. Pese a que existen instancias específicas para sistematizar información como el SISA, la sistematización de la información para la gestión sigue presentando desafíos.

El campo de la salud mental es un campo de luchas de poder históricas entre las perspectivas humanizantes, de derecho y de trato digno, y las lógicas tutelares, médico-hegemónicas, patologizantes, estigmatizantes y medicalizadoras. A pesar de los avances normativos y esta institucionalidad lograda, sigue sin ser un campo unívoco en

su posicionamiento. Entre los actores que tensionan, se encuentran sectores privados, la industria farmacéutica y las lógicas corporativas resistentes a las transformaciones propuestas, tal como se evidencia en diversos comunicados de organizaciones, comunicaciones en diferentes medios contrarias al marco legal vigente, o frente a sucesos en los medios de comunicación, algunos programas de formación contrarios, e incluso embates a artículos específicos o propuestas de modificación de la ley ingresadas legislativamente. A esto se suma la complejidad poblacional, socioeconómica y productiva, así como la estructura del sistema, muestran problemas estructurales y coyunturales que persisten históricamente.

Si bien desde 2010 existe nuevamente la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, persiste la tensión tanto con las jurisdicciones y los subsectores de salud involucrados, como con las diversas dependencias del sistema implicadas en la ley; particularmente, llama la atención y complejiza la articulación la organización en dos niveles de gestión con dependencias diferentes que deben articular por definición: la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) y la Secretaría Nacional de Drogas (SEDRONAR).

Entre el 2016 y el 2019, a nivel nacional se produjeron retrocesos en todas las políticas ampliatorias de derechos y se profundizaron las políticas neoliberales y de repliegue del Estado. Se discontinuaron las políticas y propuestas para la implementación de la Ley 26.657, se desconocieron las acciones previas, lo cual generó políticas sociales de retroceso en función de derechos humanos (DD. HH.), propuestas con perspectivas teóricas y ontológicas distintas y muchas veces contrarias. Se desarticulaban las acciones, resistencias y continuidades y se evidenciaron graves problemas en el proceso de implementación de la ley y el marco normativo de derechos con impacto subjetivo e intersubjetivo, individual y social. Entre las medidas que afectaron fuertemente en salud mental, se pueden mencionar las

siguientes: la degradación del Ministerio de Salud; la desarticulación de la CoNISMA (la dependencia de CoNISMA de la Jefatura de Gabinete pasó a Dirección de SMyA y Secretaría de Salud); la falta de convocatoria al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA), que resiste autoconvocado realizando declaraciones y reuniones por decisión de sus miembros en función del mandato que tenían; los embates a la ley (particularmente al artículo 4) y el intento de derogación del Decreto Reglamentario; la disminución y subejecución presupuestaria en SMyA; y la creación de la AGNET y la CUS con el Decreto de Necesidad y Urgencia 908/16. Todas estas medidas subvierten los fundamentos y las formas de implementación con impacto directo en la salud mental como DD. HH., tensionando al menos en cinco aspectos: las diferencias entre cobertura y derecho; lógicas tutelares vs. lógicas con perspectiva de derecho; la lógica de patologías identificables vs. salud integral; la lógica de financiamiento vs. lógica de cobertura y acceso integral universal y de equidad en derechos; la lógica participativa vs. agencias de asignación de prestaciones (AGNET).

Asimismo, el contexto general de profundización de las políticas neoliberales entre 2016 y 2019 incluyó aumento del desempleo, inflación, despidos aleccionadores, baja en los salarios, criminalización de la protesta, desacreditación y desfinanciación de la educación pública, desjerarquización de salud, “meritocracia” que exacerba el individualismo, el principio de desigualdad consentido como válido, que torna las vidas precarias dado que deben alcanzar las metas de consumo exaltadas por el mercado. El mercado construye además ajenidades, homologando, instalando individualismos, colectivos extraños que barren la otredad, proyectan intolerancia e indiferencia, y se produce un trastocamiento de lo conceptual, permanece el concepto-palabra, pero se vacía o cambia de sentido.

Los informes del boletín oficial, algunos desde CCHSMYA, OR, ONG y universidades, muestran particu-

larmente en salud mental despidos, desarme de equipos, disminución presupuestaria (informes anuales de ACIJ), intentos de derogación del Decreto Reglamentario de la Ley 26.657 y desarticulación de dispositivos garantizados por ley (por ej.: CCHSMYA, y también territoriales y de equipos de trabajo). Se presenta un giro en las políticas participativas y se pasa de una lógica de inversión a una lógica de gasto (por ejemplo: baja de pensiones por discapacidad).

A pesar de que la ley propone el cierre de los manicomios consistentemente con los tratados internacionales y los consensos OPS para 2020, según informes de la DNSM de 2019, existen 162 instituciones monovalentes de salud mental en las 21 provincias de Argentina (41 públicas y 121 privadas) en las cuales hay más de 12.000 personas registradas y no hay un relevamiento completo de las instituciones que trabajan el tema de consumos problemáticos.

Respecto del presupuesto, si bien la LNSM dispone que el 10 % del presupuesto del Ministerio de Salud debe destinarse a políticas en salud mental, el porcentaje real es del 2 %, y en los informes relevados se señala que “debido a la ausencia de transparencia es imposible conocer cuántos recursos se destinan a cumplir con la Ley Nacional de Salud Mental y si alcanzan a cubrir o no la pauta presupuestaria mencionada” (ACIJ, 2016, s/p). El análisis especializado muestra que la información presupuestaria es incompleta, poco detallada y poco desagregada, no existe centralización de los recursos que las provincias destinan a salud mental, por lo que se dificulta distinguir el cumplimiento y evaluar impactos y se vuelve imperioso auditar la inversión pública en SMyA. Asimismo, los informes indican una disminución y subejecución profunda en salud mental desde 2015 que produce impacto directo en los proyectos financiados; en particular, en el área de apoyo y promoción de la salud mental entre 2014 y 2019, el presupuesto sancionado bajó un 83,42 %. A tres meses de terminar el año 2018, un informe de ACIJ señalaba que se había ejecutado solo un 43,38 % del presupuesto vigente en 2018 (ACIJ, 2018).

En algunas jurisdicciones como Ciudad de Buenos Aires, se señalan entre los puntos más relevantes que más del 96 % de camas de internación por motivos de salud mental están en hospitales monovalentes (Pedido AIP, 2018), que hay una carencia de presupuesto para la construcción de dispositivos comunitarios, y que el PREASIS, junto con el subprograma “Atención de Salud Mental”, apenas alcanzan el 10 % del total de las partidas destinadas a salud mental (ACIJ, 2019). Así, la propuesta de la ley de acciones de inclusión sociolaboral, implementación de cooperativas de trabajo y empresas sociales no se evidencia como inversión en el proceso de transformación necesario, y, además de que estas eran escasas, se referían problemas en las coberturas de asignaciones de atención domiciliaria supervisada y en la puesta en funcionamiento de casas de convivencia y hospitales de día y noche.

Respecto de las normativas, se ven en dicho período intentos de derogación del decreto reglamentario (como en noviembre de 2017, cuando se presentó un proyecto en contradicción con los principios de esa ley y con los derechos y las directrices que prioriza un modelo de intervención contrario al modelo social de discapacidad), y se presentaron otras reformas de niveles menores (por ej., resoluciones ministeriales), pero de gran incidencia en la vida cotidiana de personas usuarias y profesionales. Se embatió también contra los profesionales al modificar normativas de ejercicio profesional con limitación de alcances, incumbencias y autonomía profesional con diversas estrategias (por ej., exclusión de la enfermería como carrera profesional, limitación de incumbencias para la psicología, derogación de decreto reglamentario de Ley de Ejercicio Profesional, que perjudicó a la terapia ocupacional) y se restringieron los dispositivos territoriales e intermedios; incluso se modificaron, deterioraron o cuestionaron los espacios asignados a dispositivos artísticos, culturales y sociolaborales y a emprendimientos. Asimismo, se desconocieron las recomendaciones sobre formación, conforma-

ción de equipos de salud mental y el trabajo interdisciplinario, e incluso se volvieron a proponer espacios de trabajo y formación contrarios a dichos principios sostenidos a la ley, como en el caso de las residencias.

Tal como trabajamos en otros escritos (Bottinelli, Valles y Sague, 2019), producto de la fuerte movilización de las redes de organizaciones en defensa de la ley, incluyendo al CCHSMYA, en dicho período se pueden identificar dos momentos en los procesos para el campo de la salud mental. El primero, totalmente contrario a la ley, con arrasamiento de las institucionalidades y los derechos que se venían construyendo. El segundo, con un acercamiento al cumplimiento de las bases normativas, al menos en institucionalidad, dado el choque irresoluble con las políticas generales neoliberales. Por ejemplo: reconvocatoria al CCHSMYA, el trabajo con documentos e informes del tiempo no convocado y no reconocido, nueva convocatoria a conformación de CCHSMYA en diciembre de 2018, la constitución de nuevo CCHSMYA 2019-2023 que asumió en marzo de 2019. En este segundo período, se lograron además concretar con sus límites algunas acciones como resoluciones sobre planes de adecuación de monovalentes y el Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental.

A pesar de sus límites metodológicos, el censo revela datos centrales para pensar la implementación de políticas en SMYA. Entre ellos, muestra el elevado número de internaciones prolongadas. En los 162 manicomios de Argentina, hay 12.035 personas internadas por motivos de salud mental de entre 7 y 96 años, con una media de edad de 50 años y una mediana de 51<sup>4</sup>, 52 % en establecimientos públicos y 48 % en privados. Respecto de las identidades de género, el 45,4 % de las personas se refirieron como

---

4 Es de resaltar que el censo no relevó personas en cárceles, comunidades terapéuticas u otras instituciones de encierro tanto de consumos problemáticos como de infancias, juventudes, adultos mayores o personas en conflicto con la ley y que tienen padecimientos mentales, ni tampoco las personas internadas en hospitales generales por problemas de salud mental.

femeninas, el 49,1 % como masculinas, 0,2 % como trans y 0,5 % como intersexual; el 4,7 % restante se refiere sin datos. De la población relevada, el 5,8 % mencionaron no tener DNI, y el 20,6 %, no saber leer ni escribir.

El tiempo promedio de permanencia es de 8,2 años, mas el 30 % de la población (casi 1 de cada 3 personas) lleva entre 11 y 90 años internada. Se evidencia también un alto porcentaje de internaciones involuntarias. Solo el 28,5 % firmó consentimiento para estar en el hospital psiquiátrico. Según los equipos tratantes, solo el 36,4 % tiene criterio de internación (existencia de riesgo cierto e inminente para la propia persona o para terceros) y el 37,2 % por problemas socioeconómicos.

La falta de dispositivos comunitarios queda evidenciada ya que al menos el 37,2 % de las personas se encuentran alojadas en estos centros por razones sociales o de vivienda. Al respecto, un fallo judicial condenó en 2015 al Ministerio de Salud de la Nación y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a crear una red de dispositivos con base en la comunidad para todas las personas que se encuentren internadas en condición de alta. Sin embargo, tal como lo expresan los diferentes informes realizados por el OR y el CCHSMYA este fallo sigue sin ser cumplido en la Ciudad de Buenos Aires.

El censo también reveló que muchas de las personas internadas están incomunicadas, solo el 41,6 % puede realizar llamadas telefónicas y algunas de ellas deben pagar para hacerlo. El 40,4 % de los usuarios respondió que no había salido a la calle durante el último mes y solo el 65,9 % afirman recibir visitas alguna vez. También se evidencia una restricción a los derechos de administración y disposición de bienes, ya que el 68,8 % tiene ingresos económicos, pero solo el 28 % los administra, y, si bien el 58 % tiene vivienda, el 74 % de ellos refiere no disponer de ella. Existen restricciones de acceso a documentación personal ya que solo el 12,4 % de las personas internadas está en posesión de su DNI.

También queda evidente el déficit en el sistema de prestaciones, ya que el 53,6 % de las personas internadas tiene obra social, el 8 %, prepaga, el 12,6 % poseen algún plan estatal y el 1,7 % estaban en trámite. Sin embargo, estas no les proveen los dispositivos comunitarios que la normativa vigente reconoce para el tratamiento de la salud mental.

A partir de la pandemia, se produjo un retroceso en los escasos avances existentes particularmente en algunas jurisdicciones como CABA, tal como lo señalan diferentes informes (ACIJ, 2021; Zaldúa y cols., 2019, 2020; Faraone e Iriart, 2020; Faraone y Barcala, 2020). Los estudios, informes y datos relevados muestran que se retrocedió desarticulando programas territoriales y se profundizó la precariedad laboral (contratación, reconocimiento, condiciones de trabajo y espacios laborales) de los trabajadores del campo de la salud mental y las concepciones tutelares, mercantilistas, biomédicas, hospitalocéntricas y las fuertemente sostenidas en la medicación como intervención privilegiada y a veces única. También se profundizaron las lógicas de control de los cuerpos, ya que se incrementó el aislamiento, incluso se limitó más la salida a los patios de las instituciones, se cerraron los talleres y dispositivos terapéuticos, se restringieron programas, se limitó de manera preocupante toda comunicación con familiares al suspenderse las visitas y carecer de medios adecuados de comunicación efectiva telefónica o digital, tanto para adultos internados como –y más grave aún– para NNyA. La atención en hospitales generales se vio también modificada en función de las transformaciones en las formas de trabajo, de la reasignación de profesionales a tareas por la pandemia e incluso de licencias y jubilaciones de personal que no fue suplantado en la mayoría de los casos, lo que generó sobrecarga e incertidumbre en el resto de los equipos. Varios programas (como el Programa ADop ADopi en CABA) y espacios territoriales fueron suspendidos o reasignados a tareas de covid-19. A pesar de iniciativas de virtualización de trámites esenciales para las personas o de atención *online*

de servicios básicos generadas por diferentes dependencias, y de las iniciativas creativas y promotoras de derechos de distintos organismos, asociaciones profesionales, equipos profesionales, organizaciones sociales y comunitarias y algunas jurisdicciones, el acceso a cuidados integrales y la atención integral de las personas, así como la prescripción y distribución de medicación, tardó meses en lograr consensos, especialmente entre sectores privados y obras sociales. Se ve además la profunda exclusión de la población en situación de mayor vulnerabilidad por la falta de acceso a dispositivos, señal y datos móviles, pero también por la ausencia de alfabetización digital y tecnológica adecuada para poder acceder a dichas prestaciones. Incluso se evidenciaron retrocesos de atención, por ejemplo, se volvió a derivar a pacientes a los hospitales monovalentes para evitar contagios por covid-19 y se restringieron los pocos hospitales generales que tenían internación en salud mental. Se complejizaron y profundizaron así situaciones vulnerables previas, primero por la imposibilidad de consultar y luego por el fuerte incremento de las consultas a causa de las problemáticas provocadas por la pandemia, como la situación de NNyA, adultos mayores, personas en situación de calle y víctimas de violencia –en particular de género, de adultos mayores e infantil–, consumos problemáticos, duelos congelados, estrés laboral, entre las centrales.

Estos datos se suman a los compromisos tomados internacionalmente, como la falta de respuesta aun a pesar de la existencia de fallos, como el fallo Scaturro, en que obligan al Estado argentino a resolver y andamiar los procesos de externación que, pese a tener fallo, siguen sin cumplirse; los informes, las declaraciones y los pedidos de informes de diferentes organismos y ONG como el CELS, ACIJ, APDH, CCHSMYA, referentes del campo en defensa de la salud mental de las personas, llevaron en diciembre de 2018 a que el Estado argentino fuera convocado a una audiencia con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, donde se presentaron organizaciones de usuarios, acompañados

por estos organismos. En dicha audiencia se suscribieron nuevamente compromisos por parte del Estado argentino respecto del cumplimiento de la Ley 26.657, así como los marcos normativos de derechos que se entranan con salud mental (discapacidad, salud, niños y jóvenes, entre otros).

Las organizaciones sociales se presentan como actores claves de la defensa de la LNSM, pero, además, como veedores de su implementación que fomentan e informan sobre sus procesos de evaluación respecto de ella. Entre ellos, dentro de la institucionalidad generada por el marco normativo, es de destacar el lugar del CCHSMYA, creado en 2014, que, como se mencionó previamente, agrupa 30 organizaciones sociales de personas usuarias, gremios, asociaciones profesionales, universidades y centros de investigación de todo el país, que se renuevan cada 4 años. En su declaración “Hacer con otros”, en diciembre de 2018, señalaba varios aspectos respecto del estado de implementación. En ella destaca la necesidad de revisar el alcance reducido que se le daba a la conceptualización de la “función rectora” asignada por ley a la DNSMYA respecto de la rectoría del Estado como lugar de garantía de derechos, no solo para “generar acuerdos”, tal como sostenían sus autoridades entonces, sino para garantizar y efectivizar las acciones necesarias para el cumplimiento de la Ley 26.657. Entre los puntos centrales señalados en dicha declaración, se encuentran las siguientes necesidades:

- garantizar la continuidad y ampliación de los programas existentes, particularmente los territoriales que sostienen las redes comunitarias (consolidando vínculos laborales, efectivización de cargos, recursos, asignaciones presupuestarias, capacitación, articulación de sectores y niveles, etc.);
- garantizar la atención universal e integral reforzando los dispositivos intermedios y las acciones en el segundo nivel para evitar el ciclo pendular entre el primer y tercer nivel;

- priorizar las experiencias locales de desinstitucionalización recuperando la historia y contextualizando las prácticas cultural, histórica y socialmente;
- consolidar una posición clara de los consumos problemáticos como parte del campo de la salud mental, dando cuenta de la articulación y revisión de la división DNSMyA y SEDRONAR, así como de integrar el relevamiento en el censo y revisar el funcionamiento y relevamiento de las llamadas “comunidades terapéuticas” y las prácticas de encierro y control social duro y blando en todas las instituciones, estableciendo sistemas de prevención de abuso, maltrato o violencia institucional;
- revisar y ajustar los mecanismos de externación garantizando los fondos, insumos y acompañamientos necesarios en tiempo y forma;
- priorizar la producción pública de medicamentos como bien social en los procesos de abordaje interdisciplinario, resguardando que su acceso oportuno no opere como control castigo y derive en medicalización;
- revisar y exigir las asignaciones presupuestarias no solo en su asignación porcentual, sino en los ítems y la direccionalidad de los preceptos requeridos por la ley y su ejecución en tiempo y forma; de garantizar la continuidad y reinserción de trabajadores de salud, mejorando las condiciones laborales, respaldando su formación y constitución en equipos de trabajo, e incluir en ellos a todos los implicados (operadores judiciales, agentes de servicio penitenciario, policías, bomberos, equipos de salud de hospitales generales, etc.);
- revisar la situación crítica del Ministerio de Salud por su degradación y supresión, así como la degradación de la referencialidad de la CoNISMA, que dejó de depender de JGM y pasó a hacerlo de la DNSM;
- atender al documento del relator especial de Naciones Unidas sobre tortura Sr. Nils Melzer del 20 de abril de 2018, donde señaló que las condiciones de detención

en comisarías y cárceles “violan las normas internacionales y son totalmente incompatibles con la dignidad humana” y manifestó su especial preocupación por la situación observada en la sección psiquiátrica de un hospital interzonal;

- estimular la comunicación y promoción de la ley en todos los medios y efectores e instituciones sociales, culturales y comunitarias, no solo de salud y educación, retomando las producciones, los recursos, las comunicaciones y las recomendaciones ya realizados;
- revisar críticamente y generar acciones urgentes para generar bases ético-políticas y teóricas sólidas y coherentes con el proceso transformador que la ley como piso de garantías exige.

Durante la pandemia las reuniones de este cuerpo federal se vieron interrumpidas pero suplidas virtualmente con apoyos entre consejeros para garantizar la participación y el acceso de todas las personas consejeras. Dado el contexto, aumentaron la frecuencia e intensidad de las reuniones plenarias (al menos una por mes de manera virtual). En sus declaraciones más recientes, señalan diversos aspectos necesarios que profundizar para la plena puesta en funcionamiento de la ley y denuncian diferentes niveles de desinformación y embate respecto a la implementación del marco normativo tanto a nivel de los profesionales, las instituciones, corporaciones y empresas, como en el plano comunicacional y jurídico. Entre los principales aspectos, incluyen la necesidad de incrementar la información y formación, de resistir los embates corporativos respecto de su puesta en funcionamiento (incluso las propuestas de modificación o propuestas cautelares a la implementación de algún artículo de la LNSM), de avanzar en el cumplimiento de la asignación y redistribución presupuestaria, los dispositivos intermedios que garanticen los cuidados integrales en comunidad y el trabajo en todos los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados (SEAC) desde la promoción de condiciones de vida digna, y la necesidad y el compromiso ineludible de cumplimiento de los

fallos judiciales que obligan a acompañar las externaciones de personas que aún no se han efectivizado (como el paradigmático fallo Scaturro).

Respecto de los informes del Ministerio Público de la Defensa, se integran los datos relevados por los diferentes referentes institucionales relacionados con el resguardo y seguimiento de los derechos de las personas (unidades de letrados, comisiones de seguimiento y programas). En el último informe del Órgano de Revisión Nacional, realizado a 10 años de la sanción de la Ley 26.657, se señalan las siguientes necesidades:

- sustituir las instituciones monovalentes públicas y privadas, el fortalecimiento de una red masiva de servicios de salud mental con base en la comunidad y el desarrollo de dispositivos intermedios y atención en hospitales generales;
- promover y profundizar los planes de externación de personas internadas por problemáticas sociales o de vivienda;
- incorporar los consumos problemáticos a las políticas de salud mental y derechos humanos;
- promover y afianzar la creación y el trabajo de los Órganos de Revisión de Salud Mental;
- revisar y profundizar el rol del Poder Judicial y del Ministerio Público de la Defensa;
- revisar los aspectos, aún más visibilizados durante la pandemia, sobre la perspectiva de género;
- perfeccionar las prácticas en el campo de salud mental, particularmente en salud mental infanto-juvenil;
- revisar todos los compromisos pendientes respecto de la Justicia penal;
- promover el derecho al voto;
- una adecuación normativa, en cuanto es necesario articular las normativas y regulaciones que sostengan el sistema de salud mental;
- fortalecer la organización y participación efectiva de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

- actualizar, adecuar y aplicar los currículos universitarios.

Por último, el análisis de los aspectos biopolíticos muestra que, en el panorama actual, confluyen simultáneamente los dos paradigmas más conocidos y referenciados en la bibliografía. Por un lado, el de psiquiatría del encierro, que sostiene “dejar vivir-hacer morir” basado en la medicina del trastorno, de la enfermedad. Por otro lado, el de la salud mental en libertad, que promueve “hacer vivir-dejar morir”. A ellos se suma otro paradigma actual, el del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados. Si bien este segundo paradigma promueve derribar los muros manicomiales, implica otros problemas no menos peligrosos o crueles, como el llamado “encierro del afuera”, que atañe a toda la población, en cuanto se trata de un encierro simbólico mucho más difícil de asir y enfrentar; se vislumbran nuevas formas de opresión social que configura la reproducción del poder, que someten a la población en este caso no a la exclusión de la libertad, sino de la vida digna.

### **Algunas reflexiones y conclusiones del trabajo de este proyecto**

Nuestro actual contexto normativo, en cuanto se enmarca en el enfoque de derechos como política pública, es ampliatorio de los derechos ciudadanos, y explícitamente señala resguardos y requerimientos para su implementación, no solo en la atención, sino en todos los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados de la salud mental integral, equitativa y universal.

Las leyes (desde la Constitución hasta las leyes específicas de salud mental) son consensos sociales de garantías explícitas a los que se arriba siempre con pujas y disputas. Pero deben ser leídos como base, “pisos” del estatus

legal de derechos y deberes. La conquista de esos derechos son el devenir de luchas históricas que costaron vidas. Las acciones colectivas por defender la LNSM impidieron que se avasallaran derechos y al mismo tiempo recuperaron la potencia del “hacer con otros” y la memoria histórica de luchas y experiencias concretas y viables que suprimen tanto el encierro prolongado como los tratos indignos. El arduo y tenso proceso de implementación y la garantía mínima de su cumplimiento cabal se enfrentan a los embates explícitos e implícitos del poder y las corporaciones, frente al estado de excepción como regla (Agamben, 1998).

Todos los actores implicados y comprometidos con la puesta en funcionamiento de la Ley 26.657 tienen el desafío de sostener en cada uno de los espacios, las instancias y los dispositivos su proceso de implementación y no permitir que se reduzcan o trastoquen las garantías de sus alcances. La responsabilidad del Estado es ineludible y está expresa en los documentos de referencia e incluso en compromisos internacionales. El trabajo interministerial es imperioso para dar a conocer la ley en profundidad, para que siga siendo trabajada, debatida y pensada en todos los niveles implicados a fin de desestigmatizar y promover derechos. Es necesario además deconstruir prejuicios sociales sostenidos incluso en los medios, el miedo por desconocimiento que a veces se visibiliza en el accionar social o de fuerzas de seguridad, y la desconfianza hacia la ley por parte de determinados sectores de trabajadores del campo de la salud mental, así como los intentos de incluir como prácticas desmanicomializantes prácticas intramuros que las sigan sosteniendo. Necesitamos trabajar sobre herramientas concretas, no solo conceptuales o metodológicas, sino también presupuestarias, que permitan superar las dificultades en las articulaciones entre teorías y prácticas y que faciliten implementaciones de cooperativas, acceso a las viviendas, dispositivos que fomenten la autonomía y el acceso de los usuarios al pleno goce de derechos humanos, visibilizando que se requiere del esfuerzo colectivo del sector público y privado.

Las condiciones de viabilidad técnico-política, administrativa y sociocultural para la plena implementación de la Ley 26.657 son un desafío frente a los múltiples obstáculos. Como muestran todos los datos relevados, esta ley no puede garantizar el acceso a derechos sin la presencia eficaz del Estado con políticas públicas, promoción de saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma. En este sentido, nos interpela la urgencia del cumplimiento de la ley para las personas con mayor grado de vulneración de derechos, por ejemplo, NNyA, y las que aún están encerradas en nuestro país, incluso después de fallos judiciales que exigen su egreso. Las experiencias existentes en provincias como Río Negro y Chubut muestran que es posible viabilizar dispositivos y prácticas sustitutivas al orden manicomial. Estas experiencias ya en funcionamiento en nuestro país y la existencia de múltiples dispositivos como las empresas sociales, cooperativas, residencias con apoyos, radios comunitarias e incluso los dispositivos intrahospitalarios (como el PREA, el Frente de Artistas, la Cooperativa La Huella) muestran diferentes gradualidades y matices de la implementación y la viabilidad técnica, política y operativa de la propuesta. Asimismo, movilizan subjetiva y socialmente, alojando en otros espacios al otro diferente e incluyéndolo participativamente en los procesos de implementación de dichas políticas, y vuelven a interpelar por la plena puesta en funcionamiento desde los movimientos de personas usuarias y de organizaciones de derechos humanos con su “nada sobre nosotros sin nosotros”.

La mirada de la salud mental desde la salud pública con perspectiva latinoamericana implica pensarla de manera integral, como un aspecto principal de la vida y el bienestar individual y colectivo. Es necesario entonces cambiar el énfasis puesto en la enfermedad individual que es tradicional en la concepción de la salud y la atención sanitaria para pensar la salud como derecho, parte de la vida en comunidad, ampliando y perfeccionando las políticas de promoción sanitaria. Por lo tanto, se requiere profundizar

nuestras ideas sobre la manera de integrar la salud en las políticas, las estrategias y los programas de políticas sociales y políticas públicas y sobre cómo influir en todas las políticas con impacto en la salud. La salud necesita salir del aislamiento profesional, organizacional y político al amplio campo de la salud pública y las relaciones intersectoriales con otros campos de decisiones sobre los determinantes de la salud. Es imperioso, por ende, promover la formación de profesionales con perspectiva integral, interdisciplinaria, intersectorial, comunitaria y horizontal. Entendemos así la formación como implicación que incluye saberes, prácticas, ideales, compromisos, estatus legales y juramentos, pero que, sobre todo, requiere una ética relacional y una clara posición político-ontológica respecto de la dignidad humana.

La jerarquización de la salud mental, las redes de atención comunitaria y los procesos efectivos de externación, no de deshospitalización, requieren aperturas participativas, innovadoras y creativas, formación y gestión de recursos y presupuestos acordes con políticas públicas integrales que contribuyan a las articulaciones de sectores necesarias. Si bien la plena implementación es un trabajo de toda la sociedad, los resultados de la investigación muestran que es urgente la férrea indicación de cumplimiento de los marcos normativos en todos los niveles, sectores, tipos de instituciones, coberturas y actores sociales para contribuir al impacto sobre el imaginario social, garantizando derechos. Esto tensiona los posicionamientos políticos divergentes respecto de los juegos de poder que habilitan dichas posiciones e intereses diversos, e impactan directamente en la implementación. Reconocer la historia de las determinaciones situadas del campo específico en el que se hacen las propuestas políticas es una herramienta potente, pero también lo es aceptar que las medidas y el impulso que asuman dependen de las posiciones ontológica, ética, teórica, metodológica y técnica operativa y de la perspectiva de Estado que se sostenga. Por ende, el análisis y los posicionamientos

micro, meso y macropolíticos involucran saberes, prácticas, actores y tensiones del campo específico y de las acciones de gobierno en sus diferentes niveles y sectores.

La participación intersectorial-interministerial-interjurisdiccional y sus articulaciones se muestran indispensables en el proceso de implementación de la LNSM. El gran desafío es construir herramientas que permitan sostener esos principios en la política y la gestión, y operativizarlos participativamente en todo el proceso de implementación (desde la planificación hasta la evaluación e información) de modo que sostenga la participación y construcción de estas como ejercicio cotidiano de la ciudadanía y la democracia.

Los conceptos de “derechos humanos” y “ciudadanía” se convirtieron en instrumento de democratización de los Estados modernos, y desde su surgimiento han buscado vías de institucionalización política y jurídica, por lo que se vuelve necesario repensar las transformaciones de esas conquistas de la modernidad en la actualidad y sus formas de acceso y asunción. La ciudadanía como construcción histórica, social, contextualizada colectiva e individual requiere un trabajo que permita garantizar las diversas ciudadanías, el reconocimiento de la mutua subjetividad (intereses, sentimientos, sentidos, sufrimientos, disfrutes, preferencias, etc.).

Este aspecto fundante social, subjetivo e intersubjetivo de la ciudadanía como reconocimiento del otro y de sí mismo es naturalizado como obvio y casi invisible e inadvertido para muchos. Sin embargo, cobra visibilidad cuando se pierden los derechos consagrados, por ej., en dictaduras, en el caso de las instituciones de encierro, pero también en algunos momentos de los procesos de vida (como la niñez y la vejez), y en algunas situaciones socioeconómicas (personas sin trabajo, personas en situación de calle). También profundiza las relaciones de poder-sometimiento y las desigualdades en las poblaciones en situación de vulnerabilidad, interseccionalidades y marginalización (mujer-

res, NNyA, LGTBIQ+, migrantes, desplazados, etc.), que se vuelven particularmente complejas en personas con problemas de salud mental y discapacidades. Es necesario promover las adecuaciones requeridas y consistentes en todo el sistema sanitario, así como en otras instituciones de encierro como cárceles y penales, garantizando la accesibilidad integral a los derechos en salud/salud mental para todas las personas durante toda su vida, es decir, el derecho a una vida digna. La recuperación de experiencias alternativas multiplicadoras y prácticas innovadoras que viabilizan el camino a la adecuación de la LNSM y la difusión de la sistematización de información disponible puede colaborar en este sentido visibilizando los avances concretos existentes.

Para finalizar, los aportes de la construcción del pensamiento latinoamericano en el campo de la evaluación de políticas públicas se presentan como un insumo relevante que dialoga con epistemologías de evaluación en y desde los territorios geopolíticos del sur y se sostiene en la construcción de una epistemología del sur, propuesta por Boaventura de Sousa Santos. En una mesa reciente de expertos sobre el tema coordinada por Breyner Ricardo de Oliveira (UFOP), Brasil, en la que participé además con Alcides Fernando Gussi (UFC Brasil); Martha Lanza Meneses (Lawoman, Redmebol), de Bolivia, Víctor Manuel Quintero Uribe (Universidad Santiago de Cali, Relac), de Colombia, nos preguntábamos: ¿las evaluaciones en América Latina han reflejado los principios y las agendas asociadas con la afirmación de los derechos humanos, la vida digna (o el buen vivir), las diversidades y las territorialidades? Consideramos que las políticas deben reflejar estos valores, pero también las evaluaciones, en sus diferentes niveles y perspectivas. Estas deben estar ancladas en las distintas formas de vida y cosmovisiones de los pueblos, en sus saberes y sus identidades constituidas en diferentes territorios y las concepciones e historias específicas en que se entran los aspectos a evaluar. Además, es necesario sostener propuestas metodológicas consistentes, con metodologías para que

el quehacer evaluativo sea ético, decolonial, inclusivo, crítico, constructivista y transformador y, por ende, para que incluya la participación de los pueblos y sirva a construir y consolidar la dignidad de sus vidas.

## Bibliografía

- ACIJ (2021). Presupuesto 2021. Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio. Recuperado de [bit.ly/3hhc9yO](https://bit.ly/3hhc9yO).
- ACIJ (2016), (2018) y (2019). Informes presupuestarios sobre salud mental.
- Agamben, G. (1998). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.
- Atlas Federal de Legislaciones en Salud. Disponible en [bit.ly/3sfR128](https://bit.ly/3sfR128).
- Bottinelli, M. M. (2014). "Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de Salud Mental en Argentina". Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, UNLa. Dir: Emiliano Galende. Disponible en el repositorio de la UNLa.
- Bottinelli, M. M. (2016). Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657. Informe de investigación Amilcar Herrera 2016 UNLa.
- Bottinelli, M. M., Sague, L. y Valles, I. (2019). Los procesos de transformación en salud mental comunitaria. La lucha histórica... a 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental Argentina. En Zaldúa, G. y Bottinelli, M. M. (coord). *Territorios, equipos y narrativas en situación. Experiencias desde la Investigación Acción Participativa* (pp. 125-144). Buenos Aires: Teseo. Disponible en [bit.ly/3pgttrQ](https://bit.ly/3pgttrQ).

- Bottinelli, M. M. y cols. (2020). Covid-19, salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios postpandemia. Proyecto aprobado en curso en la convocatoria PISAC-COVID-19: La sociedad argentina en la postpandemia. Aprobado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.
- Decreto n.º 603/2013. Reglamentación de la Ley n.º 26.657. Buenos Aires, 28 de mayo de 2013. Fecha de publicación: B.O. 29 de mayo de 2013.
- DNSMyA (2013). Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones 2013-2018. MSAL.
- Faraone, S. e Iriart, C. (2020). Salud Mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10 (20), 41-52. Recuperado de [bit.ly/3vgm6Vb](http://bit.ly/3vgm6Vb).
- Foucault, M. (1999). Las mallas del poder. En *Estética, ética y hermenéutica*, vol. III, trad. Ángel Gabilondo. Barcelona: Paidós.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ley Nacional n.º 26.657 de Salud Mental. Sancionada: 25 de noviembre de 2010. Promulgada: 2 de diciembre de 2010. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 03/12/2010, Año CXVIII, n.º 32.041.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental. Informe ejecutivo. Recuperado de [bit.ly/3sgNtMW](http://bit.ly/3sgNtMW).
- Neirotti, N. (2007). *Elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación de políticas y programas sociales*. Buenos Aires: IIPE-Unesco.

- OMS (2004) La importancia de los Derechos Humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías – Organización Mundial de la Salud. Disponible en [bit.ly/3wehbEX](https://bit.ly/3wehbEX).
- OMS (2006). Instrumento de evaluación para los Sistemas de Salud Mental conocido como IESM-OMS o WHO-AIMS.
- ONU (2020). Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. Recuperado de [bit.ly/3shEdZ1](https://bit.ly/3shEdZ1).
- Organización Panamericana de la Salud (2020a). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Recuperado de [bit.ly/34ZYY2J](https://bit.ly/34ZYY2J).
- Órgano de Revisión (2020). Informe A 10 años de la sanción de la Ley 26.657. Buenos Aires.
- Recomendaciones para Universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657. Ministerio de Salud de la Nación, 2014.
- Zaldúa, G. y Bottinelli, M. M. (coord.) (2016). *Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales*. 1.º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Zaldúa, G. y Bottinelli, M. (comp.) (2021). *Territorios, narrativas y equipos*. Buenos Aires: Teseo.



# A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, aportes de investigación a la formación profesional<sup>1</sup>

MARÍA MARCELA BOTTINELLI, MARIELA NABERGOI, SERGIO REMESAR, FRANCISCO DIAZ, ANA CECILIA GARZÓN, PATRICIA VILA, ANDREA ALBINO, CAROLINA MALDONADO, DANIEL FRANKEL Y SONIA OLMEDO

## Introducción

Este capítulo tiene como objetivo presentar los resultados de una investigación interdisciplinaria realizada en el Centro de Salud Mental “Mauricio Goldenberg” del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, en el período 2017-2019. Esta se proponía indagar la adecuación de los planes de estudio de carreras de grado vigentes a las recomendaciones del artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental, publicadas en el año 2014.

En el proceso de transformación propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 –en adelante, LNSM–, uno de los aspectos implicados que ha sido señalado como estratégico en diferentes documentos de referencia es el de la formación y actualización de profesionales implicados en el campo de la salud mental y las adicciones. Si bien las leyes y políticas son marcos que promueven derechos, sus procesos de implementación requieren acciones consistentes

---

<sup>1</sup> Resultados del proyecto de investigación “Adecuación de los planes de estudio vigentes de las carreras de grado de Trabajo Social, Medicina, Psicología y Derecho a las Recomendaciones a las Universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657”.

y específicas que sostengan la complejidad del cambio de paradigma para garantizar su puesta en funcionamiento (Bottinelli y cols., 2018; Galende, 2008).

Las universidades y las instituciones de educación superior son los espacios donde los profesionales adquieren las capacidades necesarias para desempeñarse en un determinado campo con cierto nivel de habilidad técnica, con base en una oferta educativa articulada con las necesidades sociales y culturales de la comunidad en la que se inserta (Jaramillo, 2014, 2005; Samaja, 2003). Considerando lo anterior, los organismos institucionalizados por la LNSM (Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones; Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Nación) construyeron una serie de recomendaciones para universidades que señalan la necesidad de orientar de forma integral los contenidos de los procesos de formación de los futuros profesionales y sugieren la adopción del enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina como ejes transversales para la formación, extensión e investigación (MSAL, 2014). Siguiendo el proceso participativo previo a la sanción de la LNSM, la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones –en adelante, CoNISMA– convocó a directores y decanos de las carreras implicadas para operativizar las recomendaciones. Dicha producción fue plasmada en el documento denominado “Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en Salud Mental” (MSAL, 2015), tanto para el ámbito público como para el privado.

Los planes de estudio o programas de enseñanza materializan y condensan complejos procesos de selección y jerarquización cultural, y constituyen los principios básicos que organizan y regulan el proceso de formación y compilan el conjunto de saberes que las instituciones educativas se proponen transmitir a los estudiantes. El seguimiento y la evaluación de políticas públicas brinda herramientas que

permiten analizar en qué medida se expresan las propuestas y los marcos normativos que garantizan los derechos en las acciones y los contextos concretos en los que deben plasmarse, en este caso, en los planes de estudio. Considerando lo anterior, este proyecto se propuso como objetivo general caracterizar la adecuación de los planes de estudio vigentes de carreras universitarias de grado implicadas en el campo de la salud mental del área metropolitana respecto de las recomendaciones a las universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 expresadas en los lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental.

En el marco de los procesos históricos de transformaciones en el campo de la salud mental, Emiliano Galende (1990) sostiene que el cambio de modalidad de abordaje en salud mental se asienta en ejes que se articulan y se interrelacionan: la existencia de marcos normativos; los planes y programas de salud mental; y el cambio en las prácticas, que incluye la formación de los profesionales. Bottinelli (2018) señala que la complejidad existente en diferentes niveles –conceptual, de planes, políticas y programas, de las leyes y normativas, de la formación de profesionales y de las prácticas concretas en el territorio (que incluyen el registro, la sistematización, el uso y la valoración de los datos en salud)– evidencia una trama compleja de imbricación histórica constitutiva que proviene tanto del campo de la salud como de los desafíos de la evaluación en el área.

Es en el campo de las prácticas donde se traman las modificaciones, se configuran tensiones y reconfiguraciones y se construyen las modalidades de abordaje. En este marco, la investigación se propuso evaluar la implementación de políticas públicas a nivel micro-meso (Merhy, 2006; Bang y Stolkiner, 2013; Stolkiner, 1997).

La propuesta metodológica (Samaja, 2013) implica identificar en la práctica la dialéctica de los procesos de articulación de los planos micro y macro, para reconocer los atravesamientos que se desdibujan, opacan e invisibilizan en los procesos de implementación.

## Enfoque metodológico

En función del problema y el objetivo propuestos, se trabajó un diseño metodológico exploratorio-descriptivo, con herramientas y análisis cuali-cuantitativos y triangulación de fuentes e instrumentos. Se realizó una observación sistemática (Buendía Eisman y cols., 1998; Rubio y Varas, 1999) de fuentes documentales (planes de estudio, programas, recomendaciones, lineamientos) utilizando una grilla de relevamiento documental y registros de sistematización (Montero, 2006) y triangulación metodológica con los programas de las asignaturas correspondientes y con entrevistas focalizadas (Andrade, 1987) a informantes calificados y claves (directores de carrera, coordinadores o docentes).

Se analizaron en profundidad los planes de estudio completos (incluyendo contenidos mínimos, fundamentación, perfil del egresado y objetivos) respecto de cada una de las recomendaciones, así como de los documentos de estándares de las carreras relacionadas con el artículo 43.º de la Ley de Educación Superior (que define las carreras reconocidas como de bien público)<sup>2</sup> en relación con cada uno de los ejes y lineamientos.

Para ello, se confeccionó una grilla de observación con palabras claves correspondientes a cada una de las recomendaciones, estas a su vez agrupadas de acuerdo a los cuatro ejes propuestos por dicho documento: enfoque de derechos, inclusión social, interdisciplina y salud pública.

- El eje enfoque de derechos incluye los siguientes puntos: normativas, principio de no discriminación, representaciones sociales, capacidad jurídica, ética,

---

<sup>2</sup> El reconocimiento de una carrera de bien público por el Estado nacional e inclusión en el art. 43.º de la Ley de Educación Superior supone, entre otros aspectos, la elaboración de estándares de formación, documento de referencia para la acreditación por parte de la CONEAU de todas las carreras a nivel nacional.

modelo social de discapacidad y revisión de discursos hegemónicos sobre adicciones.

- El eje inclusión social incluye los siguientes: interculturalidad, participación comunitaria, colectivos sociales vulnerados, accesibilidad, dispositivos sustitutivos del monovalente y adultos mayores.
- El eje interdisciplina/intersectorialidad: interdisciplina, intersectorialidad, relación salud-justicia, comunicación y salud mental, revisión de los procesos de patologización y uso de medicamentos.
- El eje salud pública: salud/salud mental, gestión, epidemiología, realidad local, determinantes sociales, promoción de la salud mental, enfoque comunitario y clínica de la subjetividad, abordaje de consumos problemáticos e intervenciones en la infancia.

Se consideró en el análisis la estructura de la propuesta formativa, el lugar en que se explicitan las cuestiones referidas a salud mental relacionadas con los lineamientos (materia, contenidos mínimos, perfil del egresado, fundamentación, etc.) y el momento de la carrera en que se abordan, en caso de corresponder. Se tuvo en cuenta además la distribución de resultados relevantes por disciplina, tipo de gestión, antigüedad del plan de estudios y localización de la universidad (CABA-GBA).

Se incorporaron a la muestra las carreras definidas en dicho documento: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Derecho y Enfermería<sup>3</sup>. Para la realización del marco muestral, se utilizó como fuente el buscador de carreras de grado de la CONEAU y el buscador de

---

<sup>3</sup> Cabe mencionar que, en el texto de la Ley 26.657, se incluyen otras disciplinas (terapia ocupacional) dentro del campo de la salud mental, haciendo extensiva la inclusión de otras profesiones pertinentes de acuerdo a la tarea y modalidad de abordaje. El análisis de otras carreras implicadas en el campo de la salud mental como Terapia Ocupacional y Psicopedagogía se presenta en capítulos aparte.

títulos universitarios de la Dirección Nacional de Gestión Universitaria. Se incluyeron en el universo todas las carreras de grado de Abogacía, Psicología, Trabajo Social, Medicina y Enfermería que se dictan en forma presencial en el AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano bonaerense) al año 2018 en universidades públicas y privadas. Se excluyeron carreras con modalidad a distancia y carreras que se dictan en AMBA cuya sede central de la universidad estuviera fuera de la zona de análisis y los ciclos de complementación curricular.

Para valorar la representatividad de la muestra de profundización de análisis de planes de estudio, se utilizaron criterios cuali y cuantitativos. Entre los primeros, se buscó incluir cualitativamente cuotas por disciplina, tipo de gestión y localización de sede de cursada, y año del plan de estudios. Asimismo, se estimó la representatividad de las carreras analizadas respecto del total de egresados del conjunto de carreras del marco muestral de acuerdo con las estadísticas universitarias del Ministerio de Educación (información actualizada al momento de la redacción de este capítulo). Hay que considerar también que no es posible distinguir en estas estadísticas cuáles corresponden a licenciaturas –incluidas en la muestra– y cuáles a ciclos de complementación curricular.

El universo incluyó 88 carreras correspondientes a 43 universidades, distribuidas por disciplina, tipo de gestión y localización, como figura en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de planes de estudio analizados según disciplina, localización y tipo de gestión**

Tipo de Gestión / Zona		Disciplina					Total
		Aboga- cía	Enfer- mería	Medici- na	Psicolo- gía	Trabajo social	
Privada	CABA	13	9	9	14	3	48
	GBA	5	2	1	2	0	10
	CABA	3	2	1	1	2	10
Pública	GBA	4	9	2	0	6	20
Total		25	22	13	17	11	88

El análisis cualitativo se realizó en una muestra por cuotas heterogénea respecto de la disciplina, la localización y el tipo de gestión de 35 carreras, según disponibilidad de las fuentes.

La muestra abarca el 40 % de las carreras del universo, que, de acuerdo a los últimos datos publicados de estadísticas universitarias de SPU al momento del análisis, representan el 71 % de los egresados del universo de estudio.

## Resultados

A los fines de presentar los resultados de manera que permitan profundizar diversos análisis a futuro, estos se ordenaron de acuerdo a los ejes propuestos por las recomendaciones a las universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la LNSM para cada disciplina.

Los resultados ponen de manifiesto la complejidad del objeto abordado en la investigación. Por un lado, los planes de estudio completos, los contenidos mínimos de las asignaturas y los diferentes niveles de explicitación de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales no

son de fácil acceso. Otro aspecto es el relacionado con la antigüedad de los planes de estudio analizados y la vigencia de aquellos más viejos que presentan resoluciones modificatorias posteriores a su aprobación inicial. También existe diversidad en relación con la situación particular de cada disciplina respecto del art. 43.º de Ley de Educación Superior, en lo que refiere a si se han incluido o no dentro de este artículo (como carrera de bien público por el Estado nacional) y a las características y el momento de elaboración de los estándares de formación. Por otro lado, algunas carreras arrojan mayor información sobre contenidos vinculada a las recomendaciones del art. 33.º de la Ley 26.657, ya sea por su cercanía, distancia, sus contradicciones en diferentes asignaturas y su situación particular respecto del campo de la salud mental. Se ha intentado dar cuenta de estas texturas en los resultados.

## Enfermería

De las 22 carreras que conforman el universo, se ha tenido acceso a siete planes de estudio, de los cuales cinco eran de gestión pública y dos, de gestión privada.

En la mayoría de los planes de estudio a los que se tuvo acceso, aparecen asignaturas bajo la denominación Enfermería en Salud Mental, Salud Mental o Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría o Enfermería Psiquiátrica (nótese que las dos últimas denominaciones hacen referencia a la psiquiatría). En general, estas asignaturas aparecen en el segundo año de la carrera con una carga horaria que oscila entre las 80 y las 120 horas entre clases teóricas y prácticas, aunque, en el caso de una universidad privada, solo se destinan 32 horas a esta materia.

En todos los casos, en los planes de estudio existen otras asignaturas que pueden estar relacionadas a la salud mental, aunque de manera indirecta, como, por ejemplo, Psicología Evolutiva de la Personalidad, Psicología Social, Psicología General, Psicología Aplicada, Salud en Contexto Social, Salud Comunitaria, etc.

Como ausencia significativa, es importante consignar que en ninguno de los planes de estudio analizados se habla del tratamiento de los temas de salud mental en los medios de comunicación. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en el abordaje de la salud mental según el tipo de gestión.

Se encontró que algunos temas requieren especial atención ya sea por la escasa inclusión en los contenidos (como el caso de la discapacidad, la accesibilidad o las representaciones sociales), por su total ausencia (relación salud-justicia), o por las contradicciones en el uso de terminologías y criterios de clasificación y tratamiento en salud mental (se habla de “trastorno”, “sufrimiento psíquico”, “enfermedad mental”, “DSM-V”, en varios casos en forma indistinta, a la vez que de “desinstitucionalización”, “desmanicomialización” y “contención mecánica” o “farmacológica”, por solo mencionar algunos conceptos).

En términos generales, el *eje enfoque de derechos* está abordado en los planes de estudio de las carreras de Enfermería. Esto probablemente se deba a que esta carrera se incorporó recientemente al artículo 43.º, que obligó la revisión y actualización de dichos planes para obtener la acreditación de la CONEAU. No obstante, este abordaje no siempre está referido necesariamente a la salud mental, sino que son abordados desde cuestiones generales como “problemas de salud”.

En cuanto a la capacidad jurídica, solo dos de los siete planes analizados mencionan la temática en sus contenidos mínimos. En términos generales, se alude en algunas materias al derecho de los pacientes (muchas veces sobre grupos etarios específicos: derecho de niños y adolescentes, de los adultos mayores, etc.). En uno de los planes de estudio, se explicita “el derecho a vivir y ser incluido de los pacientes con padecimiento mental”. La ética, por su parte, es tratada en todos. Generalmente, se refieren a la ética profesional, la ética en la investigación y los dilemas éticos en el campo de la salud, como por ejemplo “la muerte digna”.

En cuanto al modelo social de la discapacidad, solo tres de los siete planes analizados hacen referencia a ella. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aparece como bibliografía de las materias que lo incluyen. La perspectiva de género es tratada de manera específica en seis planes de estudios, y, aunque uno de ellos menciona la Ley de Igualdad de Género en su fundamentación, no se registran contenidos específicos en su currículo.

Sobre el *eje inclusión social*, la interculturalidad es mencionada en todos los planes. Se aborda como el reconocimiento de la diversidad cultural (multiculturalidad, pluriculturalidad, etnocentrismo, diversidad cultural, etc.), del saber popular y de otras formas de sanación, y de problemáticas sociales.

También en todos ellos se hace referencia en mayor o menor medida al trabajo comunitario como estrategia de intervención, sobre todo en atención primaria de la salud (APS). En tres de los siete planes, se nombra específicamente la salud mental. Se mencionan asimismo dispositivos de salud comunitaria. En todos se incluyen alternativas y dispositivos sustitutivos del hospital monovalente, así como también contenidos de promoción y prevención con participación comunitaria. En una de las universidades, se incluye el trabajo comunitario en 13 materias, además de la fundamentación del plan, los objetivos, el perfil profesional y las horas de práctica preprofesionales específicas.

En todos los planes, se encuentran referencias a los grupos vulnerables, pero no se hace mención alguna a personas del colectivo LGBTQIA+, personas en situación de encierro, personas declaradas inimputables, personas expuestas a situaciones de emergencia y catástrofes. Sin embargo, sí encontramos que hay muchos contenidos vinculados a la niñez, a la adolescencia y a los adultos mayores, sobre todo a los problemas de salud propios de cada etapa del proceso evolutivo. Se dan contenidos relacionados al

tema de adultos mayores en al menos una materia en todos los planes de estudio.

La cuestión de la accesibilidad se menciona con relación al acceso y el derecho a la educación y, en pocas ocasiones, a la salud, y no se hace referencia a la población con mayores barreras de accesibilidad.

En lo que respecta al *eje interdisciplina/intersectorialidad*, resulta significativo que la interdisciplina aparece en todos los planes de estudios analizados. En una de las universidades, es un concepto central en la carrera, donde permanentemente se hace referencia a la inclusión del profesional de enfermería en equipos multidisciplinarios (figura en los contenidos de nueve materias, en los objetivos de la carrera y en el perfil del egresado). En cuatro de los siete planes de estudio, se relaciona el trabajo interdisciplinario con el abordaje de las problemáticas en salud mental.

La intersectorialidad aparece nombrada en todos, aunque en ningún caso se encuentra directamente vinculada a la salud mental. Sí, en cambio, el fortalecimiento de las redes sociales para favorecer los procesos de inclusión social a partir del abordaje comunitario y territorial. Sin embargo, en ninguno de ellos existe vinculación entre la administración de justicia y el sistema de salud-salud mental, especialmente en lo concerniente a la evaluación de capacidad jurídica, inimputabilidad y control de internaciones involuntarias.

Respecto de la revisión de los procesos de patologización y el uso inapropiado de medicamentos, encontramos que en algunos casos se aborda la temática de manera diferente entre las materias de un mismo plan.

En seis de los siete planes de estudios revisados, se incluye la temática de la *salud pública*. En uno de ellos, se la vincula con la salud mental, donde se proponen herramientas para un trabajo que integre promoción, prevención y asistencia a través de dispositivos clínicos y comunitarios que promuevan la inclusión social y respeten la singularidad de las personas.

En todos se hace referencia a la gestión y a planes y programas. En términos generales, la primera aparece tratada en dos sentidos: a nivel de gestión de los cuidados y respecto a la gestión en las instituciones (servicio de enfermería y gestión hospitalaria). Los programas y las políticas son abordados en varias materias en relación con la APS. Específicamente vinculados a la salud mental, aparecen en dos de los planes de estudios analizados. En otros dos de ellos, no se hace ninguna referencia a la problemática de las adicciones.

Además, en todos se incluyen conceptos de epidemiología, en un caso como materia específica, como también se tratan en por lo menos una asignatura los determinantes sociales de la salud y el enfoque comunitario.

La articulación con la realidad local, los actores locales y fundamentalmente con la familia está presente en todos los planes estudiados. Solo dos de ellos vinculan el sistema local de salud, actores locales y familias con la salud mental. El abordaje de la salud articula las prácticas clínicas a nivel del sujeto, la familia y la comunidad en términos generales.

## Psicología

De las 17 carreras de Psicología que forman parte del universo de este estudio, se pudo tener acceso a los contenidos mínimos de siete, de las cuales seis pertenecen a instituciones de gestión privada y una, a universidad pública. Las universidades públicas del conurbano bonaerense no cuentan con la carrera de Psicología en su oferta académica de grado.

En la mayoría de los casos, los planes de estudios se encuentran organizados de acuerdo a formación básica, formación general y complementaria, y formación profesional, aunque no todos lo especifican.

Las materias que mencionan salud mental en su nominación son Salud Pública y Salud Mental, y en casi todos los casos son obligatorias. Hay muy pocas asignaturas que

nombran de manera explícita la salud mental en sus contenidos.

Se desprende de los resultados que los planes de estudios analizados de universidades privadas responden a un perfil de formación orientado a neurociencias, privilegiando en los primeros años los contenidos mínimos de las materias Fisiología y Biología y las funciones psíquicas, aunque también hay algunas asignaturas de ciencias sociales. La universidad de gestión pública presenta una perspectiva clínica, teniendo en cuenta las materias obligatorias de primer año.

Algunos temas requieren especial atención ya sea por la escasa inclusión en los contenidos (como el caso de la intersectorialidad, la accesibilidad, los consumos problemáticos), por su total ausencia (sistema de apoyo, modelo social, territorio, actores sociales, participación, medicalización), o por un tratamiento diverso en los contenidos: por ejemplo, la interdisciplina en algunos se trabaja como interconsulta y en otro como modalidad de abordaje.

En lo que respecta a la *perspectiva de derechos*, solo hay dos menciones a los derechos humanos en los planes de estudio (universidad pública y una universidad privada).

Respecto de las recomendaciones, se puede destacar que los temas que se encuentran trabajados en profundidad en casi todos los planes son los vinculados a la ética y al ejercicio profesional, sin mención específica a la normativa a la que se hace referencia.

La cuestión de la ética aparece fuertemente relacionada a todos los campos del ejercicio profesional. Las materias que mayoritariamente incluyen la ética profesional en sus contenidos mínimos son las vinculadas a metodología de la investigación, a teoría y técnica de exploración y diagnóstico, y a problemas éticos y deontológicos, y aquellas que tratan sobre las prácticas preprofesionales.

Los contenidos relacionados a la capacidad jurídica, la discapacidad y la niñez se abordan varias veces acorde al modelo tutelar. El tema de capacidad jurídica aparece

trabajado en tres planes con figuras como insania e inhabilitación, en el marco de la actuación del psicólogo perito o las guardas legales.

Uno de los aspectos que resaltar es la existencia de diferentes menciones en los planes de estudio de universidades privadas sobre el concepto de “peligrosidad”, en algunos casos solo es nombrada y en otros se vincula al fuero penal. En solo dos planes de estudios, de una universidad de gestión privada y de una de gestión pública, el concepto de “peligrosidad” se encuentra vinculado al de vulnerabilidad psicosocial.

Con respecto a la temática de la discapacidad de acuerdo a los contenidos mínimos analizados, solo el plan de la universidad pública lo vincula al modelo social de discapacidad, autonomía, independencia y participación social, aunque en una materia optativa. Es importante consignar que en solo dos planes de estudio se identifican asignaturas obligatorias que incluyen esta temática.

Todos los planes presentan nociones de farmacología y clasificaciones diagnósticas; sin embargo, no hay en los contenidos mínimos herramientas para una revisión crítica de estos, o no se presentan en el marco de abordajes integrales. Los planes analizados de la carrera de Psicología se enfocan en la formación en el área clínica desde diversas escuelas, centrada en una perspectiva desde la psicopatología.

Todos los planes analizados mencionan contenidos sobre género, en algunos casos en materias obligatorias y, en otros, en optativas. Solo una universidad de gestión privada lo trata de manera transversal a lo largo del plan de estudio en materias de distintos años de la carrera. La universidad de gestión pública ofrece diferentes asignaturas optativas para profundizar en esta temática. Se observó que, en cuatro de los planes de estudio, los contenidos vinculados a género se encuentran trabajados desde una perspectiva biológica.

Con relación a los consumos problemáticos, solo tres planes lo mencionan. Uno nombra la temática como “drogadependencia” con un abordaje clínico y jurídico, y en dos casos se nomina como “adicciones”.

En lo que respecta al *eje inclusión social*, la cuestión de la interculturalidad aparece a través de contenidos como diversidad cultural, psicología popular, punto de vista nativo y conocimiento local. Respecto del abordaje del concepto “cultura”, observamos que se aborda escasamente y que, cuando se menciona, se encuentra relacionado a la sociedad y a la subjetividad, y en otros estos contenidos están escasamente trabajados.

La comunidad es un tema desarrollado ampliamente en distintas materias obligatorias a lo largo del plan de estudio. En los planes se hace mención tanto a la participación como a la intervención comunitaria. En algunas asignaturas específicas, se presenta el abordaje comunitario vinculado a la educación, sobre tercera edad, o abordaje integral. Todos los planes tienen materias denominadas Psicología Comunitaria, Psicología Social Comunitaria, Salud Pública y Psicología Comunitaria.

Con respecto a los grupos en situación de vulnerabilidad, la totalidad de los planes tiene un trabajo extenso sobre la niñez y la adolescencia, así como sobre la tercera edad, de los cuales este último es el grupo etario más tratado en los contenidos mínimos.

Se destaca la casi nula mención a los dispositivos sustitutivos del hospital monovalente. Una materia obligatoria de una universidad privada tiene entre sus contenidos mínimos el concepto de “desmanicomialización”.

En lo que respecta al *eje interdisciplina/intersectorialidad*, encontramos tres líneas de abordaje sobre el trabajo interdisciplinario: universidades con mucho contenido referido a este tema y con un fuerte hincapié en su importancia (es el caso de la universidad de gestión pública, donde este tema aparece en varias materias a lo largo de la carrera, tanto obligatorias como optativas de ambos ciclos y

especialmente a través de los contenidos de prácticas profesionales); universidades que abordan el trabajo interdisciplinario pero de manera más escueta o lo relacionan a la “interconsulta”; y universidades en las que no se hace mención a la interdisciplina.

No se nombra explícitamente el abordaje intersectorial en los contenidos mínimos de los planes de estudio de las carreras analizadas.

El tema de la comunicación aparece fuertemente ligado a los medios, la opinión pública, la propaganda y la influencia social en todas las universidades.

Con respecto al *eje salud pública*, se observa que la articulación entre salud pública y salud mental aparece abordada en todos los planes analizados en al menos una materia específica. Son varias las referencias a promoción de la salud, políticas públicas en salud y salud mental, planificación y programación en los planes de la mayoría de las universidades con diferentes grados de profundidad.

En lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, se observa un tratamiento disímil: en algunos casos hay menciones a la Convención de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y a abordajes integrales e intervenciones en salud mental de la población de niños, niñas y adolescentes, desde una concepción de políticas públicas; en la mayoría de los casos, se aborda el tema desde una perspectiva del desarrollo de los ciclos vitales, con coexistencia de materias vinculadas a la clínica y la psicopatología.

## Medicina

De las 13 carreras de Medicina que forman parte del universo de este estudio, se pudo tener acceso a los contenidos mínimos de nueve, de las cuales seis pertenecen a instituciones de gestión privada y tres, a universidades públicas. En dos instituciones privadas, se accedió a los contenidos desglosados por ejes de formación y no por asignatura. En su mayoría, los planes están organizados temporalmente

por ciclos que van desde la formación básica hacia la formación específica y un último ciclo de formación práctica (práctica final obligatoria –PFO– o internado anual rotatorio –IAR–). En todos los casos, se encontraron materias referidas al campo de la salud mental, aunque varían su denominación entre Psicología, Psicología Médica, Psicología Clínica, Psicosemiología, Psiquiatría y Salud Mental.

En la mayoría de las universidades, no se informa sobre prácticas preprofesionales en salud mental. Tampoco es exhaustiva la información respecto a las horas de asignaturas optativas, por lo que, al no especificarse en los planes de estudio, se desconoce si las hay.

En un caso encontramos que las materias de Salud Mental tienen un peso importante en cuanto a carga horaria, con un promedio de 10 % entre horas teóricas y preprofesionales, a diferencia de otra que presenta la mitad de carga horaria para la misma área (4,66 %), lo que da cuenta de la disparidad.

Del análisis en profundidad de los planes, se desprende que los lugares de vacancia temática de la disciplina son la capacidad jurídica y los discursos hegemónicos en torno a adicciones, dado que solo en una universidad de gestión pública del conurbano existe una materia que trata el tema: Psicoadicciones. Por otro lado, se observa que hay escasas menciones a contenidos de comunicación en salud. En casi todos los planes, figuran referencias al concepto de “comunicación”, pero, en términos de la relación médico-paciente, la entrevista diagnóstica y la claridad en el registro de la historia clínica. Solo dos planes refieren a la comunicación en los términos en los que lo sugieren las recomendaciones de la LNSM. Una universidad incluye en los alcances del título la capacidad de “integrar equipos dedicados a educación para la salud, a través de los distintos medios de comunicación”.

Todas las carreras en mayor o menor profundidad presentan una *perspectiva de derechos*. Asimismo, todos los planes de estudio abordan la Ley de Derechos de los Pacientes.

La mayoría incluye marcos normativos, protocolos y normativa vigente de forma inespecífica o vinculados a la regulación del ejercicio profesional. Sin embargo, algunos se destacan por mencionar algunas regulaciones específicamente: seis planes nombran documentos específicos como la Carta de Ottawa, la Declaración de Alma-Ata, la Convención Internacional de Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos de los Niños. Sin embargo, solo dos instituciones incluyen leyes o regulaciones específicas a nivel local, como la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, la Ley de Identidad de Género, la Ley de Educación Sexual Integral. Solo uno nombra específicamente la Ley Nacional de Salud Mental. Ninguno de los planes de estudio pone el foco en la perspectiva de capacidad mencionada en la LNSM y autonomía de los pacientes. Tan solo en dos se encontraron referencias: en uno coincide con la única mención a la Ley de Salud Mental dentro de la asignatura Medicina Legal, y en el otro se da en el marco de los contenidos de Bioética. Curiosamente, en ninguno de ambos casos la referencia a la LNSM se presenta en las materias específicas de Salud Mental.

Cabe mencionar que, si bien las asignaturas de Medicina Legal de los planes de estudio son aquellas cuyos contenidos nutrieron sustancialmente el eje de enfoque de derechos, en la mayoría de los planes el foco está puesto en el concepto de “mala praxis” y en la práctica de la psiquiatría forense. En cuanto a los conocimientos sobre ética, la totalidad de los planes contienen al menos una materia denominada Ética o Bioética en sus currículos. El abordaje presenta diversidad de enfoques y de intensidad.

Es importante destacar la presencia específica del enfoque social comunitario en uno de los planes de gestión privada, así como también que uno de ellos presenta una visión sesgada de la materia, que pone el foco en el resguardo del profesional, más que en las implicancias de sus obligaciones y deberes.

Los contenidos respecto del modelo social de la discapacidad representan una de las mayores ausencias en los planes de Medicina. En seis de los nueve planes analizados, no hay mención de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ni de su Protocolo Facultativo ni de la discapacidad en general.

Respecto de la perspectiva de género, el único plan que hace un abordaje sistemático y que merece un análisis aparte pertenece a una universidad pública del conurbano bonaerense.

Es importante destacar que se encontró en los objetivos y contenidos de la materia Psiquiatría de una universidad privada que no solo hay una completa ausencia de la perspectiva de género, sino que incluso, en contradicción con la normativa vigente, se continúa estigmatizando y medicalizando la diversidad sexual.

Por último, en cuanto a este eje, ninguno de los planes analizados, a excepción de uno, correspondiente a una universidad de gestión pública del conurbano, presenta una revisión de los discursos hegemónicos sobre adicciones.

Respecto de la inclusión social, son muy pocos los casos que abordan sistemáticamente aspectos de diversidad y colectivos en situación de vulnerabilidad; en esto se destacan las universidades nacionales del conurbano y una universidad privada de CABA. Las únicas dos universidades donde se encontraron contenidos específicos de inclusión social son universidades públicas del conurbano bonaerense y una de ellas lo aborda desde su emplazamiento y realidad local.

Con relación a la interculturalidad, solo dos planes de estudio presentan contenidos específicos sobre ella. El resto de las instituciones no referencian ningún término que desarme los estereotipos y prejuicios asociados a la interculturalidad.

No se registran menciones significativas a dispositivos sustitutivos del monovalente.

El concepto de “interdisciplina” se incluye como contenido mínimo en diferentes materias de todos los planes de estudio; sin embargo, se presenta de manera diversa, y asociado al equipo médico sin mención a profesiones no médicas. Si bien se encuentran referencias a equipos interdisciplinarios, estas aparecen en los objetivos formativos y en la descripción del perfil del egresado, pero sin correlato en los contenidos mínimos.

El abordaje comunitario, por su parte, tiene mayor presencia como un eje transversal a diferentes materias.

Respecto del *eje intersectorialidad*, se hallaron diversas menciones en todas las carreras a excepción de dos (una de gestión privada y otra pública). Se registran que existen, aunque de manera inespecífica, contenidos vinculados a la implementación de programas verticales: de salud general, nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, etc. Una sola universidad de gestión pública del conurbano aborda la temática de la intersectorialidad para la resolución de problemas complejos a los determinantes sociales y ambientales; incluye indicadores epidemiológicos y sistemas de salud comparados, valoriza la APS, la participación comunitaria, la promoción de la salud, la educación para la salud, la interdisciplina y los derechos.

La presencia de conceptos vinculados a la justicia se encuentra en la mayoría de los planes, pero no acordes a la perspectiva planteada por la Ley Nacional de Salud Mental.

En el último eje, *de salud pública*, los hallazgos son muy diversos y heterogéneos. En líneas generales, cabe mencionar que en casi todos los planes hay asignaturas específicas sobre salud pública que incorporan conceptos relacionados al eje. Se destaca el caso de una de las universidades de gestión privada en la que salud pública/salud mental no se vislumbra como un concepto integral, por cuanto la asignatura Salud Mental pertenece al ciclo biomédico.

Se puede resaltar que los contenidos vinculados a epidemiología se presentan entre una perspectiva tradicional e

instrumental y otra relacionada con la epidemiología crítica con enfoque social.

Respecto de la mención de planes, programas, protocolos, normativas técnicas y políticas públicas, en el marco de la gestión, se hallaron resultados inespecíficos en casi todos planes, con excepción de uno de gestión privada y otro de una universidad pública. En todos los demás, las menciones son inespecíficas ya sea porque no se nombra ningún elemento en particular, o porque, si son nombrados, no están directamente vinculados a la salud mental, como el caso del Plan Nacional de Atención Materno-Infantil.

Respecto del abordaje de la realidad local, los planes también presentaron resultados muy heterogéneos. Podemos distinguir tres tipos de abordajes diferentes. Uno referido a experiencias de campo reales, otro al abordaje analítico teórico en el marco de asignaturas inespecíficas, y otro, también en términos teóricos, pero en el marco de asignaturas específicas de salud mental.

En términos de promoción de la salud, se hallaron múltiples referencias más o menos específicas al campo de la salud mental. Solo en dos de las carreras de gestión privada y en una de las públicas, no se halló ninguna.

Finalmente, los contenidos sobre intervenciones en la infancia, más allá de la presencia de materias específicas como Pediatría, Salud Materno-Infantil, Psiquiatría Infanto-Juvenil, se concentran en cuestiones del crecimiento y desarrollo.

## Abogacía

De las 25 carreras de Abogacía identificadas, se analizaron en profundidad ocho planes de estudio, distribuidos en forma equitativa por zona de cursada (CABA y GBA). Cinco de estos son de gestión pública (uno de ellos es codependiente del Ministerio de Justicia) y tres, de gestión privada.

En los planes estudiados, se observa que es en el eje de enfoque de derechos donde se profundiza mayormente.

Se identificaron algunas materias en las cuales se condensan contenidos vinculados a la LNSM: Derechos Humanos, Derecho Civil, Acceso a la Justicia y, en menor medida, Derecho Internacional, Derecho Constitucional, Derecho de Familia, Derecho Laboral, Ética Profesional, Sociología, Derecho Procesal, Derecho Penal.

Los planes analizados distribuyen de manera desigual el tratamiento de ciertos temas, desde perspectivas más tradicionales en las universidades privadas y planes de mayor antigüedad hasta perspectivas más novedosas en planes nuevos de las universidades públicas del conurbano y una institución de CABA, que presentan contenidos que muestran un mayor compromiso con el enfoque de derechos humanos, las realidades locales y las desigualdades. Se destaca una universidad de gestión pública del conurbano que trabaja esta temática en profundidad. Aquellos planes que incluyen temas vinculados al acceso a la justicia presentan contenidos más acordes a los lineamientos y las recomendaciones, en particular respecto del eje de inclusión social.

Además, se encontró que algunos temas requieren especial atención, ya sea por la desigual inclusión en los contenidos según carreras (grupos en situación de vulnerabilidad, consumos problemáticos, género, discapacidad), por su total ausencia (no hay referencias a salud mental), o por presentarse de manera contraria a lo establecido por la LNSM. En relación con el modelo social de la discapacidad, se encontraron únicamente dos menciones a las personas con discapacidad y sus derechos. Se destaca que solo en una universidad pública esta temática se aborda desde el modelo social propiciando la visibilidad de las problemáticas del campo, fomentando la autonomía y la independencia y trabajando recursos de integración y participación social.

Con respecto del eje de inclusión social, hay un solo plan de estudios de todas las carreras analizadas que deja expresamente dicho su interés por formar profesionales con una mirada puesta en los derechos, la solidaridad y la inclusión social. Llama la atención que en uno de los

planes se realiza una relación entre características y tipologías biológicas, físicas y psicológicas y el delito y la criminalidad. Esto se plasma en una materia, Biopsicología Criminal, de una institución de CABA, que presenta lineamientos contrarios a lo establecido por la LNSM, ya que vincula el tema de adicciones a la criminalidad, contraponiéndose fuertemente al marco normativo en salud mental y adicciones. Respecto a los derechos de niñas, niños y adolescentes, las únicas referencias aparecen en la materia Derecho de Familia.

Sobre el eje interdisciplina/intersectorialidad, es importante mencionar que la interdisciplina como modalidad de abordaje aparece en los objetivos de la formación profesional solo en tres carreras analizadas. Una de ellas la presenta como criterio transversal en la formación. La profundidad con la que se aborda, las disciplinas incluidas y los fines con los que se relacionan son diferentes en cada uno. Una universidad pública fundamenta la inclusión desde la necesidad de incorporar “discursos interdisciplinarios” ante los “profundos cambios socioeconómicos” de las sociedades contemporáneas.

Podrían considerarse aspectos relacionados con la intersectorialidad a ciertos campos específicos del derecho que se encuentran presentes en los planes de todas las universidades: Derecho Laboral (intersectorialidad justicia-trabajo), Derecho Ambiental, Derecho Comercial (derecho y economía), Derecho y Seguridad Social, etc., dado que el derecho tiene desarrollos específicos según los sectores. Se observa en los planes que algunas intersectorialidades se encuentran menos desarrolladas, como salud y vivienda, por ejemplo, mientras que otras que relacionan salud y trabajo (derecho laboral) o salud y seguridad social están más frecuentemente vinculadas en los planes de estudio.

No encontramos referencias explícitas a la salud mental ni a la salud integral. La única mención a la salud pública aparece en dos universidades públicas y en una privada, en la materia Derecho Penal, como “delito contra la salud

pública”. Varios planes de estudios tratan en sus asignaturas la cuestión del derecho y la salud ambiental. Sin embargo, se encontraron escasas referencias explícitas respecto de la gestión, los planes, programas, protocolos y las políticas públicas, y ninguna a epidemiología ni a promoción de salud ni a promoción de salud mental. Tampoco a la singularidad o subjetividad.

## Trabajo Social

El universo de carreras de Trabajo Social para este estudio está compuesto por once carreras, ocho son de gestión pública, y tres, de gestión privada. Se pudo acceder al plan de cuatro carreras de gestión pública de las que se realiza el análisis. De cuatro carreras, solo se accedió al esquema curricular, y de tres, a las resoluciones ministeriales, pero sin el contenido mínimo de las materias. Todos los programas analizados cuentan con prácticas preprofesionales, pero no especifican si alguna práctica está relacionada a la salud mental.

En dos de los planes, se hace referencia en general a la legislación actual en salud mental, nacional, provincial e internacional en asignaturas obligatorias, donde se encontraron contenidos relacionados a la LNSM.

Solo un plan de estudio refiere explícitamente a la LNSM, aborda los contenidos relacionados a ella, como las diferentes problemáticas, los actores, las dificultades que se presentan y los desafíos en la implementación, y retoma todos los ejes de los lineamientos; sin embargo, no todos los egresados de esa carrera accederían a estos contenidos, por tratarse de un taller opcional. En dos de las carreras se encuentra una materia cuya denominación es una referencia explícita a la salud mental, en una es optativa y en la otra, obligatoria (Problemáticas de la Salud Mental en Argentina e Introducción a la Psicología y Salud Mental Comunitaria).

Se destaca un plan de estudio que propone abordar la LNSM y todos los aspectos relacionados (interdisciplina, perspectiva de derecho, propuestas de desinstitucionalización y dispositivos comunitarios, por ejemplo), pero lo hace en un taller optativo. En todos los planes, aparecen contenidos vinculados con enfoque de derechos, inclusión social, interdisciplina/intersectorialidad y salud pública, pero con escasas menciones a la salud mental.

Del análisis de los contenidos que aparecen en los planes con respecto a los ejes de los lineamientos para la formación, podemos encontrar en todos los planes de estudio de las carreras de Trabajo Social contenidos relacionados con el eje enfoque de derechos, principalmente referidos a normativas. A lo largo del plan, se desarrollan leyes nacionales y convenciones internacionales, como así también aquellas que regulan el ejercicio de la profesión. Estos contenidos son transversales a todas las asignaturas del plan y se profundizan en aquellas específicas de derechos. Los temas centrales están relacionados a la normativa vigente sobre derecho laboral, familiar, penal, de los niños, derecho a la salud, derechos humanos, etc. Uno de los planes de una universidad nacional de gestión pública tiene como eje central de la formación los derechos humanos, que aparecen tanto en los objetivos generales de la carrera, como en los objetivos particulares y contenidos mínimos de varias materias. Un plan de una universidad nacional propone como eje central de la intervención profesional aspectos relacionados con las desigualdades sociales, y entre los contenidos se pueden observar temas vinculados con la otredad, diversidad, desigualdad social y prácticas institucionales, entre otros. En un solo plan, se aborda el consumo problemático como un tema de salud mental y más contenidos relacionados con la discapacidad; sin embargo, estos aparecen en ejes de seminarios optativos.

En todos los planes de estudio, se tratan temáticas pertenecientes al eje inclusión social referidas a interculturalidad y diversidad cultural, desarrolladas en distintas

asignaturas. Algunos de los aspectos de este eje, como los vinculados a colectivos sociales en situación de vulnerabilidad, aparecen en menor medida siempre relacionados con la defensa de sus derechos.

El eje interdisciplina/intersectorialidad aparece enunciado en varios contenidos de todos los planes, así como en el perfil del graduado o los alcances del título. Ambos conceptos son transversales al programa de varias materias tanto teóricas como prácticas, y hay un tratamiento abundante del abordaje territorial y comunitario.

En cuanto al eje salud pública, se profundiza en todos los planes de estudio la gestión de planes, programas y políticas públicas tanto en aspectos de accesibilidad de los sujetos, grupos o comunidades a ellos, como en aspectos técnico-metodológicos para su formulación, y aparecen fuertemente contenidos relacionados con el abordaje territorial y comunitario. Los contenidos de promoción de la salud mental no aparecen explícitos en los planes de estudio de ninguna de las carreras. Solo dos de ellos hacen mención a las intervenciones en la infancia considerando a los niños como sujetos de derecho, mientras que otros dos focalizan en aspectos de desarrollo.

## **Resultados del análisis de los estándares del artículo 43.º de la Ley de Educación Superior**

Respecto de los estándares del artículo 43.º de las cuatro carreras que los han establecido<sup>4</sup>, fijan como cantidad de horas las mínimas (2.600 o más) propuestas por la Ley de Educación Superior para la formación de grado e incluyen alguna definición entre horas teóricas y prácticas (con

---

<sup>4</sup> Enfermería mediante la resolución del Ministerio de Educación (ME) n.º 2.721/2015, Medicina en la resolución n.º 1.314/2007-ME, Abogacía por la resolución n.º 3.401-E/2017-ME, y Psicología en la resolución 343/2009-ME, con anexos posteriores.

una relación de 5/1, excepto Enfermería, con 3/1). Utilizan diversos esquemas curriculares en función de sus “tradiciones”, por ejemplo, en Psicología son organizados en tres áreas de formación, básica, profesional, y general y complementaria, en Abogacía, en general e interdisciplinaria, disciplinar y práctica preprofesional, y en Enfermería, en dos ciclos, básico y superior, divididos en tres áreas de formación: profesional, biológica y sociohumanística. Es interesante que, en algunas carreras como Abogacía, también se dan orientaciones sobre proporciones de horas según sean disciplinares o interdisciplinares. Respecto de los ejes de análisis, en algunas carreras hay uno de ellos que tiene una ponderación o un nivel de detalle mayor según su especificidad disciplinar (por ejemplo, enfoque de derechos en Abogacía, o salud pública en Enfermería). Si bien todos los estándares proponen prácticas formativas y actividades profesionales reservadas, no es posible en todos los casos identificar su relación con los contenidos específicos propuestos en los lineamientos ni con su formato específico diferenciando metas, experiencias de aprendizaje y descripciones de logro.

Dentro del análisis general propuesto, hemos identificado uno de especial importancia, dado que cuatro de las carreras analizadas ya tienen formalizados los estándares comunes de cumplimiento obligatorio para todas las carreras públicas y privadas de todo el país por su ingreso en el art. 43.º de la Ley Federal de Educación. El cumplimiento de estos estándares tiene más de un proceso de consenso social sobre los contenidos en la formación universitaria que nos parece relevante revisar. Por un lado, el consenso institucional de presentación de asociaciones profesionales y carreras (con el apoyo de las autoridades de sus respectivas universidades tanto públicas como privadas) respecto de ser incluidas en el art. 43.º de la Ley Federal de Educación. Por otro lado, una serie de decisiones consensuadas sobre los contenidos, los alcances y las definiciones que dichos estándares deben incluir o excluir para cada carrera,

que consideraron las formas de agrupación instituidas, es decir, los grupos formalmente conformados de directores o decanos de cada carrera que debieron reunirse a fijar dichos estándares, para luego plasmarlos en una resolución ministerial según la cual se organizará la evaluación técnica y de pares de cada carrera para su acreditación. Esto supone un proceso de consensos entre las autoridades y los representantes de cada disciplina y área de formación profesional que quedan plasmados en los estándares fijados. Es importante según nuestro criterio recuperar este procedimiento puesto que muchas veces fue desconocido por los actores involucrados durante los procesos de evaluación de carreras acreditadas, pensando que dichos estándares son fijados de manera externa, por la instancia de organización de su aplicación, es decir, la CONEAU.

Por ende, los estándares plasman consensos sociales y disciplinarios, atribuidos como necesarios para garantizar dicha formación profesional. Además, y dado que los partícipes en su construcción son profesionales o gestores, suponen un conocimiento y cuidado respecto no solo de la actualidad de los contenidos, sino además de los marcos normativos y las recomendaciones explícitas que tuvieran relación directa con su formación tanto conceptual como práctica. A pesar de esto, encontramos que en su definición no siempre plasman la complejidad de lo que se resguarda como derechos y obligaciones en el campo de la salud mental. Algunos de estos estándares fueron fijados antes de la sanción de la ley o de su decreto reglamentario, o muy cercanos a ella (como Medicina en 2007 y Psicología en 2011). El análisis cruzado de dichos estándares entre carreras muestra que, si bien aparecen diferencias, no pareciera, en los resultados analizados, que este sea el único aspecto explicativo de la inclusión o no de las recomendaciones y los señalamientos.

En este sentido, los resultados muestran que se ratifica nuestra anticipación de que, en las carreras que se han incorporado recientemente al artículo 43.º de la Ley de

Educación Superior, se encuentra una mayor adecuación a las recomendaciones. Las diferencias entre las instituciones y carreras se plasman en al menos dos cuestiones:

- Las carreras que han pasado por los procesos de consensos, evaluación y acreditación del artículo 43.º presentan varios aspectos de los ejes enunciados en los lineamientos relacionados con la LNSM, particularmente se diferencian positivamente aquellas cuyos estándares fueron fijados luego de la LNSM y su decreto reglamentario.
- Un aspecto coadyuvante para la mayor inclusión de elementos de dichas recomendaciones y lineamientos en los planes de carreras se relaciona con la participación activa de los gestores (directores de carrera o decanos) en los procesos de construcción intersectorial convocados por la CoNISMA en la elaboración de los lineamientos para adecuar las recomendaciones a universidades. Dichas carreras además pudieron plasmar varias de las recomendaciones de formación ya en los estándares propuestos para la evaluación de las carreras y, por ello, propusieron como “piso” ciertos contenidos, vocabulario o normativas consistentes con la ley (como la carrera de Enfermería).

Enfermería es la única hasta la fecha que ha generado sus estándares efectivamente luego de la Ley 26.657 y su decreto reglamentario. Si bien mantiene la lógica de nominar genéricamente, ha incluido en los estándares citas específicas sobre “el proceso de reforma en salud mental a nivel mundial” que permiten asociar a marcos normativos nacionales y jurisdiccionales de salud mental. Sin embargo, en el peso de los contenidos, vuelve a dedicar mayor cantidad de tiempo a los aspectos referidos al ejercicio de la profesión, y no aparece material sobre el modelo social de discapacidad ni sobre sus marcos normativos específicos.

Siguiendo este ejemplo, al analizar los resultados del eje enfoque de derechos, observamos que no se encuentra garantizado su tratamiento en las carreras analizadas. Los contenidos que predominan respecto de los derechos se focalizan tanto en el caso de Psicología como en el de Medicina en el ejercicio de la profesión y los resguardos de sus prácticas. En Psicología llama la atención la escasa referencia a la LNSM. En los estándares de Abogacía, cobran un lugar importante dentro del área disciplinar los derechos humanos y la capacidad jurídica en comparación con las otras disciplinas, pero sin referencias explícitas a salud mental. Asimismo, se encuentra que la ética profesional está asociada al compromiso y la responsabilidad social en algunas carreras del conurbano, lo que se distingue de lo encontrado en los planes de otras carreras. En Trabajo Social las referencias a enfoques de derechos y normativas se encuentran en muchas asignaturas, tanto en las relacionadas con derechos como en las que abordan temáticas específicas. A su vez, la mayor parte de las carreras de Enfermería hacen referencias a la LNSM y a la mayoría de las recomendaciones, pero no a otras problemáticas o normativas, como discapacidad, lo que parece apoyar la relación con la participación en la construcción de los lineamientos que se trabajaron en salud mental.

Esta generalidad de marcos normativos, legislación y programas deja un amplio vacío respecto de algunos aspectos específicos que la LNSM exige, como los referidos a los derechos de los pacientes, el consentimiento informado en todos los procesos y las decisiones de su atención e incluso de su internación, apoyos para la plena vigencia de derechos, las condiciones de atención e internación, las características particulares en el caso de adicciones, o niños, niñas y adolescentes u otros colectivos sociales en situación de vulnerabilidad.

## Síntesis

Al considerar la antigüedad de los planes y de las carreras y las características específicas de las instituciones donde se crearon, se observa una mayor actualización de contenidos y organizaciones curriculares novedosas cuanto más reciente sean el plan y la carrera: en general, las más nuevas incluyen en los planes de estudio modificaciones, normativas o avances conceptuales. En dicho sentido, por ejemplo, las carreras de Medicina de reciente creación presentan currículos más flexibles, o las carreras de Abogacía con planes nuevos incluyen con énfasis desarrollos más acordes a la perspectiva de derechos y a nuevos enfoques de temas como salud y justicia.

Es importante destacar que casi dos tercios (63 %) de los planes de estudio de la muestra analizada fueron aprobados en el 2011 o años posteriores, después de la sanción de la LNSM. Sin embargo, casi todos (94 %) son de los últimos 20 años, cuando ya se encontraba vigente la Ley 448, y otros instrumentos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2005), la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009), la Ley 25.929 de Parto Humanizado (2004) y las llamadas “leyes 26 mil”, por nombrar algunos.

Los planes de estudio son parte del currículo formal e implican los compromisos que expresamente asumen las universidades en cuanto a la formación (compromisos que adquieren frente a la sociedad y al Estado respecto de los contenidos por garantizar). Sin embargo, no expresan los contenidos informales o el contenido real, es decir, lo que sucede efectivamente en las aulas, los programas vivos y las modificaciones que hacen habitualmente los docentes y las cátedras en los temas que efectivamente trabajan con los estudiantes. Entonces, es posible que se dicten varios

de ellos en las transposiciones y actualizaciones que los docentes comprometidos con sus campos mantienen en un currículo vivo y activo en las cursadas. Entendemos que uno de los aspectos relevantes del presente análisis es, por tanto, mostrar gran preocupación respecto de que, en ese currículo formal, en ese compromiso que la universidad asume con la sociedad, se omitan contenidos que explícitamente les fueron solicitados a través de marcos normativos vigentes, y de que haya incluso menciones contradictorias respecto de las leyes que deben garantizarse. Esto pone en un lugar de interdicción la propuesta formal de los planes de estudio vigentes, particularmente en las carreras que son incorporadas al art. 43.º, es decir, que han sido designadas como carreras con responsabilidad social, dado que justamente por ello deberían garantizar al máximo el cumplimiento de las leyes. En este sentido, los marcos normativos nacionales e internacionales tendrían que ser parte de los contenidos y fundamentos que se consideren como base común, como piso de su formación. Por ende, deberían estar presentes tanto en los estándares acordados como en los contenidos mínimos de sus planes, ya que es su responsabilidad garantizar el cumplimiento, el conocimiento y la efectiva implementación de los contenidos que las leyes exigen para el desempeño de su profesión y para su accionar frente a un determinado campo de intervención.

En este sentido, y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, resulta de interés señalar algunos puntos de tensión relevantes, como deudas de revisión de los planes de estudio de acuerdo a los ejes propuestos.

Muchos planes incluyen el enfoque de derechos, pero no particularmente vinculado a la salud mental, y casi ninguno menciona normativas específicas en sus contenidos mínimos. Los temas éticos generalmente se vinculan a la ética profesional con énfasis en el resguardo del profesional y dilemas éticos de la práctica. Solo de manera excepcional se encontraron menciones a la ética centrada en los derechos de las personas usuarias de servicios de salud y

en el respeto de la autonomía. Más allá de la presencia de los principios de los derechos humanos, la estructura curricular y los contenidos mínimos de las asignaturas se organizan centralmente siguiendo las tradiciones históricas hegemónicas, donde sobreviven abordajes tutelares y normalizadores.

Entre las ausencias temáticas de mayor peso, encontramos las de capacidad jurídica y discapacidad, y aun en sus escasas presencias su abordaje es predominantemente desde el modelo tutelar. Es muy excepcional la mención de la Convención Internacional de Derechos de Personas con Discapacidad.

Por último, persisten contenidos contrarios a la LNSM y violatorios de los derechos humanos, que sostienen la relación entre peligrosidad y determinaciones biológicas y que patologizan las diversidades sexuales.

En lo que respecta a la inclusión social, se observa la presencia de algunos de los puntos del eje en los planes analizados, especialmente en lo que refiere al abordaje comunitario y la promoción y prevención de la salud. En algunas carreras se encuentra presente el concepto de “interculturalidad” y los abordajes comunitarios hacen mención a la participación. Se nombran los colectivos sociales vulnerados, generalmente referidos a grupos etarios, con abordajes tradicionales sobre las temáticas, que se pueden corresponder a un modelo tutelar cuando no se problematizan las determinaciones sociales de la vulneración.

La ausencia más significativa del eje son los contenidos vinculados a dispositivos sustitutivos al monovalente.

En los planes de estudio, hay un tratamiento muy diferente entre interdisciplina e intersectorialidad. Se registra mucha presencia de contenidos vinculados a la interdisciplina en los planes de estudio y una significativa ausencia de intersectorialidad, con escasas excepciones. En el caso de la carrera de Trabajo Social, se observan mayores menciones al trabajo intersectorial, en comparación con las otras carreras. Sin embargo, los sentidos con los que se

nombran no siempre son consistentes con lo que requerirían los lineamientos analizados. La interdisciplina se menciona con sentidos diversos, algunos más amplios y otros más limitados, y en muy pocos casos se identificaron propuestas que aborden en forma transversal las asignaturas, sin operacionalizarse.

La ausencia significativa de este eje es la intersectorialidad y en particular la relación salud-justicia.

En los planes de estudio de las carreras, hay materias y contenidos vinculados a la salud pública, en algunos se integran con salud mental, en otros no, pero en general aparecen vinculados a la gestión en salud, planes y programas en salud y epidemiología. La distribución de estos contenidos es dispar, y en algunos casos se sostiene el paradigma tradicional. En algunos el trabajo con determinantes sociales aparece ligado al trabajo comunitario y la promoción de salud, y de manera excepcional al enfoque de derechos en cuanto justicia social y equidad.

La ausencia más significativa de este eje es el tema de las adicciones, del que, cuando sí se incluye en los contenidos, subsiste un abordaje tutelar. Por otro lado, los contenidos vinculados a niñeces se abordan desde los ciclos vitales y de manera muy excepcional desde el paradigma que plantea la Convención de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Con respecto a las carreras estudiadas, cabe enunciar que existe una *distribución territorial desigual de carreras* según disciplina, tipo de gestión y localización de la sede. Llama la atención la desigual oferta entre universidades públicas y privadas: solo 17 % de la oferta en términos de cantidad de carreras es pública, y el 83 % es privada. En particular, la privada se concentra en CABA y es mayor en las carreras de Abogacía, Medicina y Psicología. Aunque esto no necesariamente se corresponde con representatividad en cuanto a número de egresados, sí tiene peso en decisiones como la elaboración de estándares, ya que los órganos colegiados que los definen suelen tener representantes por carrera. En

Enfermería la distribución es equivalente entre pública y privada, aunque predomina la oferta pública en GBA y la privada en CABA. Trabajo Social se encuentra principalmente en universidades públicas del conurbano, mientras que Psicología tiene una amplia inserción en universidades privadas de CABA y GBA y no cuenta con oferta de gestión pública en el conurbano.

La *oferta académica* de las carreras también se ha modificado en los últimos años. Por ejemplo, Medicina se ha ampliado a institutos universitarios y luego a universidades con centros de prácticas propios y mayor distribución territorial. Asimismo, Abogacía ha aumentado su oferta en el ámbito público profundizando las perspectivas de derechos humanos.

## Palabras finales

El presente trabajo de investigación nos ha adentrado en un complejo campo de análisis que tracciona elementos de la investigación educativa en el nivel superior y de la evaluación de políticas públicas.

Tal como sosteníamos en nuestra hipótesis, la adecuación de los planes de estudios a las recomendaciones del art. 33.º de la LNSM de las distintas carreras de las universidades tanto de gestión pública como privada es dispar. Ya desde la recolección de información se visibilizaron rupturas de lógicas sectoriales diversas, lógicas de poder, e intereses sectoriales e históricos socialmente construidos y naturalizados como parte de las micro y macropolíticas, que se materializan no solo en las decisiones sobre los planes de estudio, su organización y sus contenidos, sino además en la disponibilidad de información pública y el cumplimiento de normativas vigentes.

Según Chevallard (1997), los contenidos de la ciencia requieren una transposición para ser incorporados a los

currículos. Dichos procesos necesitan además de una adecuación entre las necesidades y los mandatos sociales que les son demandados a las universidades como instituciones formativas y son expresados en las políticas públicas y las normativas. Estos deben además adecuarse en función de las incumbencias, las tradiciones, los campos conceptuales y lenguajes propios de cada campo profesional disciplinar. Entendemos que en educación superior es necesario realizar ese proceso de transponer didácticamente dichos mandatos y requerimientos según los formatos curriculares, didácticos y profesionales posibles, desde las tradiciones y los contextos particulares, pero dando cuenta estratégicamente de las necesidades y los requerimientos sociales actuales. Por ello consideramos que hay ciertas adecuaciones propias de cada carrera que aparecen en estos consensos de los estándares a nivel de los planes de estudio, pero también las particulares que se reposicionan en los programas de asignaturas y en las prácticas, tensionando las lógicas de poder en los niveles micro, meso y macro. Estas se sustentan en los consensos respecto de la organización de los currículos y su adecuación a los requerimientos de acreditación de carreras de nivel superior con base en los estándares para cada disciplina. Sin embargo, hay asimismo una cierta inercia o readaptación que no siempre es fiel a los contenidos requeridos o propuestos y que aparece según las tradiciones disciplinares con nominaciones específicas o locales de alguna institución en particular, o que son resignificadas, y que denotan una distancia entre las propuestas originales y las plasmadas en el proceso de trasposición por el cual quedan expresadas en los diferentes planes de estudio.

Como se ha mencionado, en cuanto texto pedagógico, los planes de estudio materializan y condensan complejos procesos de selección y jerarquización cultural. Bernstein (1986) distingue tres contextos “cruciales” del discurso, la práctica y la organización educativos: el primario o ámbito de producción del discurso especializado; el secunda-

rio, integrado por las agencias que realizan (o efectúan) la reproducción selectiva del discurso educativo; y el de recontextualización, en el cual se regula la circulación de los textos o las prácticas entre el contexto primario y el secundario. Así, en los procesos de decisión sobre la construcción de los planes, los estándares, las propuestas particulares de cada universidad, los programas y docentes a cargo y las prácticas de enseñanza, pueden verse tensiones entre las lógicas y los intereses de diferentes actores, niveles y dimensiones de análisis sociales, disciplinares, institucionales, políticos, económicos, personales, normativos, entre otros.

Desde esta perspectiva, los planes de estudio son dispositivos correspondientes al contexto de recontextualización, y operan cristalizando y legitimando la apropiación, desubicación y reubicación de textos entre el campo de producción intelectual y la enseñanza. Esta conceptualización se apoya en la teoría social de los campos de Bourdieu, que los entiende como “espacios estructurados de posiciones” que se definen por aquello “que está en juego” y por los intereses específicos. Además, señala que “la estructura del campo es un *estado* de la relación de fuerza entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha” (Bourdieu, 1990: 136). La relación diferencial de fuerzas entre los diversos agentes del campo se explica por la desigual distribución de capital específico que, además, legitima el monopolio de la autoridad correspondiente. El análisis y la transformación de la formación es una cuestión donde se “ponen en juego” intereses y relaciones de poder que no pueden ser ignorados. Desde este enfoque, consideramos que las propuestas formativas ofrecidas en los planes de estudio vigentes son una expresión de las relaciones de fuerza que existen además entre los diferentes actores del campo de la salud mental. De las recomendaciones y los lineamientos del artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental, surgen propuestas afines a una política nacional

de articulación intersectorial para promover y sostener el nuevo marco normativo de defensa de derechos.

En el marco de los cambios de gobierno y las políticas en el área, el reposicionamiento de actores muestra las continuidades o rupturas que se registran entre la oferta formativa para los profesionales del área y los consensos logrados y propuestos para la implementación de la ley, que deben ser valorados, comprendidos y abordados como expresión de la fortaleza y debilidad relativa de cada uno de los sectores involucrados para hacer prevalecer sus opciones. Estos reposicionamientos y perspectivas son los que proseguimos estudiando en las perspectivas de los diferentes actores implicados en el proyecto en curso “Potencialidades y necesidades formativas en Salud Mental Comunitaria desde la perspectiva de profesionales, usuarios y referentes/gestores”, también con sede en la UNLa. Pretendemos así complementar la mirada y polifonía necesarias para seguir aportando desde la producción de conocimientos e insumos para la plena implementación de estos marcos normativos y la construcción y gestión de políticas públicas que efectivicen los derechos para todas y todos.

## Bibliografía

- Andrade, S., Shedlin, M. y Bonilla, E. (1987). *Métodos cualitativos para la evaluación de programas. Un manual para programas de salud, planificación familiar y servicios sociales*. Massachusetts: The Pathfinder Fund.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, año XXIV, n.º 46, pp. 123-143, mayo de 2013.
- Bernstein, B. (1986). On the pedagogic discourse. En Richardson, J. G. (ed.). *Handbook of theory and research*

- for the sociology of education* (pp. 205-290). Nueva York: Greenwood Press.
- Bottinelli, M. M. (2018). Reflexiones sobre las políticas de salud en el período 2016-2018 en el III Congreso Nacional de Estado y Políticas Públicas organizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) y el centro cultural La Cooperación Floreal Gorini. El 31 de octubre de 2018. Disponible en [bit.ly/3Is2VLY](http://bit.ly/3Is2VLY).
- Bottinelli, M. M. (2013). Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de Salud Mental en Argentina. Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. UNLa. Dir.: Emiliano Galende.
- Bottinelli, M. M. (2006). Reflexiones sobre la ética en los procesos de salud y educación. Universidad Nacional de Lanús, Maestría en Metodología de Investigación Científica, Departamento de Humanidades y Arte.
- Bottinelli, M. M. y cols. (2016). Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657. En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (2008). La lógica de los campos. En Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Buendía Eisman, L., Colás Bravo, P. y Hernández Pina, F. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Chevallard, Y. (1997). *La trasposición didáctica del saber*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdis-

- ciplinarías. En *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Jaramillo, A. (2014). *La descolonización cultural*. Buenos Aires: Ed. de la Universidad Nacional de Lanús.
- Jaramillo, A. (2005). Presentación. En Casali, C. y cols. *Cuestiones de Educación Superior*. Buenos Aires: EDUNLA.
- Ley n.º 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. *Boletín Oficial de la República Argentina*. Sancionada: 25 de noviembre de 2010. Promulgada: 2 de diciembre de 2010.
- Lodieu, M. T., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M. B. (2012). Construcción del campo de la Salud Mental Comunitaria. En *Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias*, curso Salud Mental Comunitaria.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubio, J. y Varas, J. (1999). *El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. CCS.
- Samaja, J. (2003). Sobre la ciencia, la técnica y la sociedad. Para pensar la nueva agenda de la Educación Superior. *Ciencia y Tecnología*, n.º 27, XIV, Buenos Aires.
- Samaja J. (1993). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Stolkiner, A. (1997). ¿Cuáles son las posibilidades de construcción de ciudadanía en la actualidad y qué transformaciones se producen en la vida cotidiana?. Mesa redonda presentada en el VII Congreso Latinoameri-

cano de Medicina Social, Buenos Aires, del 17 al 21 de marzo de 1997.

Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanos. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXIII, pp. 57-67.



# **Puentes en el sistema de salud: el caso de las residencias en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires**

*Saberes, perspectivas y tensiones en torno a la Ley 26.657*

FLAVIA TORRICELLI Y SILVIA FARAONE

La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 se enmarca en una perspectiva de derechos humanos y destaca la necesidad de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. Además, enfatiza la participación de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud mental como actores claves en el compromiso por la defensa de la vida individual y colectiva. A tal fin presentamos en este capítulo los resultados de una investigación cualitativa realizada desde el Grupo de Estudios de Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani que analiza la formación de posgrado en servicio a través de las residencias de Psicología y Psiquiatría realizadas en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 2016 y 2018. Entre los principales hallazgos, surge que la práctica institucional en las residencias y en los servicios donde ellos se forman es predominantemente asistencial, particularmente centrada en intervenciones individuales en detrimento de otros recursos terapéuticos: prevalece la perspectiva de trabajo que se concentra en la enfermedad, se relega lo interdisciplinario, lo comunitario y lo intersectorial. La descripción de las problemáticas con las que se encuentran resulta compatible con un aplanamiento del campo, en oposición a una

clínica ampliada en pos de un proyecto terapéutico común en un trabajo matricial y territorial que solo es desarrollado a partir de motivaciones personales.

## Introducción

La revisión de los modelos de atención o acogimiento en salud mental requiere repensar el factor humano como central en la reorganización del sistema (Merhy y Franco, 1999). En este sentido, es necesario discurrir en torno a los trabajadores del sector como especial factor de transformación, destacando el papel instituyente que tienen los sujetos al hacer historia y ser protagonistas de ella (De Sousa Campos, 2001; Galende, 2015). Esto exhorta, entonces, a ponderar los procesos de la micropolítica que intervienen en esa posible transformación y, particularmente, a desglosar los cambios necesarios en la formación y capacitación de los profesionales.

En el proceso de transformación, intervienen, entre otros factores, las políticas en salud mental que se diseñan y organizan para ello, la continuidad de programas de salud mental destinados a los diferentes grupos sociales que luego de probados resulten útiles, la articulación de todas las instancias dentro del sector salud y de este con otros sectores, como educación y desarrollo social, así como la participación comunitaria como denominador común de todos estos planos.

Si nos concentramos a nivel molecular en la praxis y, dentro de esta, en el plano de la capacitación, resulta esencial analizar adecuaciones, persistencias y coexistencias de conceptos o prácticas, aun cuando la realidad vaya demostrando señales de profundos cambios.

Entre los contenidos que la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 ha provisto, se encuentra la necesidad de trabajo en redes intersectoriales e interdisciplinarias, con

una visión integral de la salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención, bajo la estrategia rectora de la atención primaria de la salud (APS) como estándar desde el cual trabajar en materia de salud mental.

Otro gran punto de la ley es la perspectiva de derechos; en ella se destaca, además de la importancia de su preservación, la participación de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud mental. Esto implica la participación central de un actor (usuaria/usuario) comprometido con la defensa de la vida individual y colectiva (Merhy y Franco, 1999).

En este sentido, a través de los postulados de la norma, se instituyó la revisión de los saberes profesionales del campo de la salud mental y, en consecuencia, se estimuló la generación de espacios de análisis de la práctica y una redireccionalidad teórico-clínica de la capacitación. Ambas consecuencias se decantan en previos diagnósticos de situación del sector salud/salud mental que, tal como sostiene Alberti (2003), se consolidaron con falta de visión sistémica, reformas inacabadas, fragmentación y segmentación, y una cobertura universal insuficiente que deja al descubierto severos obstáculos en la accesibilidad. Estas observaciones fueron incluidas en diversos documentos internacionales y nacionales. Entre los primeros, se destacan la Declaración de Caracas (1990), la Conferencia Regional Brasilia (2005), el Consenso de Panamá (2010) y las Recomendaciones del Foro Global por la Salud Mental (2008); y entre las producciones nacionales e investigaciones en el plano local, podemos mencionar las desarrolladas, entre otros, por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS y MDRI, 2008; CELS 2015, 2017, 2019), la Comisión Provincial por la Memoria (CPM, 2018, 2019) y el Grupo de Estudio sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani (GESMyDH) (Faraone *et al.*, 2011; Faraone, 2012a, 2012b, 2013; Faraone y Valero, 2013; Faraone, Bianchi y Giráldez, 2015; Faraone y Barcala, 2020). Coinciden todos estos documentos en destacar la urgencia de

transformar ese panorama sanitario y formular recomendaciones puntuales.

Este contexto sanitario, extenso y desarticulado, revela diferentes lógicas de abordaje con predominio de irregularidades en las prácticas y con equipos que funcionan en forma de archipiélagos. Estos equipos pueden estar constituidos por actores que tienen inquietudes, compromiso con la tarea y perspectivas de trabajo instituyentes interdisciplinariamente, pero también por actores que instalan prácticas aisladas, unidisciplinarias y, en algunos casos, con rasgos de continuidad con las lógicas manicomiales o medicalizantes, reproduciendo acciones defensivas, ritualizadas, con ausencia de adecuación crítica (Rovere, 2006), que comprimen intenciones creativas y terminan alineadas con las instituciones de formación donde se fijan los saberes, en el sentido más cabal de la expresión (De Sousa Campos, 2001).

De este modo, tanto las universidades como los lugares de desempeño de la práctica profesional que constituyen las residencias en salud mental son espacios privilegiados donde todo ese entramado cobra espesura. Esto porque requieren de la formulación de programas marco, de adecuaciones a los escenarios locales y del diseño de perfiles profesionales donde se articule la agenda sanitaria con las necesidades de la población, la idoneidad profesional y la proyección a largo plazo de políticas acordes con la Ley 26.657.

Presentamos en este capítulo los resultados de una investigación cualitativa, realizada desde el GESMyDH y con subsidio de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT), que analiza la formación de posgrado en servicios a través de las residencias de Psicología y Psiquiatría realizadas en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre 2016 y 2018, para lo cual se efectuaron 20 entrevistas en profundidad a residentes, instructores y jefes de residentes<sup>1</sup>. En

---

<sup>1</sup> Como capacitación en servicio, existen también las concurrencias hospitalarias, que no serán abordadas en este escrito.

ellas se abordaron los ejes de caracterización de la práctica llevada a cabo durante el tiempo de su formación y la capacitación recibida en torno a diversas temáticas y a la Ley Nacional de Salud Mental.

De lo relevado, se observa que, frente a la multidimensionalidad que presentan las problemáticas sociosanitarias en el campo de la salud mental, hay una preminencia de formación y práctica decididamente disciplinar y un trabajo en aislamiento. También, una activa reproducción de respuestas fragmentadas de cada efector en las que se pone en evidencia el carácter etnocéntrico del propio sistema de salud, que se piensa desde sí mismo y excluye larvadamente lo que le pasa a la población. Así emerge una coexistencia y persistencia de diversas prácticas y dinámicas, con representación en equipos o personas aisladas a modo de archipiélagos. Algunas ponen en evidencia avances centrados en el plano de las normativas internacionales y nacionales y constituyen verdaderas expresiones instituyentes que vehiculizan y generan transformaciones en las prácticas, y otras, en cambio, son de corte regresivo y se traducen en miradas simples y empobrecidas a la hora de resolver problemáticas complejas en salud mental, con la consecuente dilución de responsabilidades. Todo ello convive en un estado permanente de contradicción, articulación, tensión y conflicto, lo que marca una puja entre distintas racionalidades mientras continúan profundizándose las inequidades y las desigualdades de la sociedad en el plano socioeconómico (Faraone y Bianchi, 2018; Barcala y Luciani Conde, 2015).

Al etnocentrismo del propio sistema (Rovere, 2006, 2011), se suma la persistencia de un modelo hospitalocéntrico con continuidad de prácticas medicalizantes y manicomializantes, lo cual transparenta que no basta con salir de los muros del manicomio para estar libres o exentos de una lógica manicomial (Benasayag, 2011; Faraone *et al.*, 2013).

## El encuadre de las residencias de salud mental

Los servicios de salud, y en este caso de salud mental, deben cumplir con ciertos requisitos<sup>2</sup> para poder acreditar residencias que sean sistemas de formación en servicio. Estas forman parte del sistema público de salud y constituyen un punto de cruce entre la política educativa, la política sanitaria –en este caso particularmente la vinculada a la salud mental– y la práctica profesional.

Son sistemas de posgrado en servicio remunerado, a tiempo completo, con dedicación exclusiva y con actividad programada, gradual y supervisada, en los que se integra la formación en red a partir de situaciones cotidianas sobre las que se actúa y se reflexiona. Esto se complementa a través de un sistema de rotaciones por distintos equipos y problemáticas, tal como se puede observar en el Programa de Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental implementado en 2003, y en el Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, de 2015. En función de esto, y de acuerdo a la Ordenanza 40.997, de 1985, quienes adjudican el cargo de residencia siguen un plan basado en contenidos comunes y diferenciales según cada sede, y llevan a cabo su práctica en salud mental. Pero, pese a estas pautas formales, existen representaciones de uso social que circulan en torno a la residencia considerándola mano de obra precarizada que cubre agujeros del sistema de salud en detrimento del tiempo destinado a la capacitación y a la reflexión inherente a la práctica.

---

<sup>2</sup> Los requisitos que deben cumplir los servicios intentan garantizar la calidad de la formación regulada por la resolución 450/2006 luego de la Ley n.º 22.127, que establece el Sistema Nacional de Residencias del Ministerio de Salud y Ambiente. Estos son estipulados por las sociedades científicas y las universidades, pensados en conjunto con las jurisdicciones donde se emplazan las residencias.

## Profesiones y perfiles

En el plano curricular de grado, dos de las profesiones dentro del campo de la salud mental, Psicología y Medicina, centran su formación teórica en una concepción clínica, con una fuerte impronta y contenido profesionalista, y con eje en el sujeto individual. Además, en el caso de Psicología, a pesar de existir experiencias preprofesionales en la instancia de grado, la práctica emerge postergada hacia el posgrado. Y en el caso de Medicina, el conocimiento reducido y las múltiples especialidades contribuyen a la fragmentación y al parcelamiento del proceso de trabajo en salud (Rovere, 2006, 2011). La superación del paradigma biomédico centrado en el fraccionamiento se instituye a través del despliegue de una perspectiva integral y territorial sobre el sujeto, su familia y su comunidad.

En las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, surgió, en el caso de los psicólogos, que se produce en ellos una erosión sistemática de estereotipos basados en modelos teoristas, es decir, en conceptualizaciones o abstracciones arborescentes escindidas, algunas veces, de la práctica. Eso coincide con los estudios realizados por Courel y Talak (2001) y con el referido a planes curriculares de la carrera de Psicología de Alejandro Castro Solano (2004), quien observó una desconexión entre la teoría y la práctica profesional, por lo que los estudiantes desarrollaban un perfil profesional con insuficiente entrenamiento en procedimientos de intervención en los campos de trabajo, con problemáticas y demandas sociales que se perciben alejadas de un posible abordaje teórico.

En el caso de los médicos, se pudo observar que prevalece en su formación de grado un modelo ceñido a aspectos biológicos, a una sumatoria de órganos y concomitantes químicos, y abocado a la solución de problemas en función de guías sostenidas en planos técnicos. Todo esto en detrimento de aspectos ligados a la relación médico-paciente y resignando que toda práctica en salud, toda interacción

clínica se instala sobre un vínculo y sobre resortes emocionales, empáticos que, por otro lado, abonan a la eficacia terapéutica. Es decir que se consolida como hegemónica la perspectiva de enfermedad, y las prácticas vinculadas a dimensiones familiares, sociales y comunitarias quedan apartadas de las intervenciones (Yanco y Roma, 2007; Ferro, 2010; Torricelli, 2012). En este mismo sentido, un grupo de investigadores brasileros refiere que los trabajadores de la salud resultan poseedores de avances técnicos cada vez más especializados, pero parcializados a la hora de intervenir de forma puntual sobre el cuerpo de un individuo, y que esto lleva a que se diluya el cuidado integral y, por consiguiente, demuestren una baja resolutiveidad frente a las necesidades y demandas de la salud colectiva (Terenzi Seixas *et al.*, 2016).

Es de destacar que tanto el diagnóstico realizado por los representantes académicos convocados por la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, para el que revisaron los contenidos de los currículos universitarios ligados al campo de la salud mental en relación con los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental (CoNISMA, 2015), como el trabajo de campo llevado a cabo con las residencias de Psicología y Psiquiatría arrojaron que la formación de grado estaba impregnada de un perfil ya definido precozmente en lo asistencial, con escasa pregnancia de modelos comunitarios o territoriales, y con tenue peso en la prevención o rehabilitación, todos elementos que colisionan con la Ley 26.657.

Desde este contexto se visualizó que la formación en salud mental con la que los graduados llegan a la residencia es disímil y tiene distinta intensidad; en el caso de los psicólogos, la formación de base es de cinco años, mientras que en los médicos es de apenas una o dos materias. Luego, en el ámbito de la CABA, la formación en las residencias en salud mental para psicólogos provee de contenidos y destrezas para el área clínica, considerada esta una de las competencias con mayor valoración social en el medio porteño

(Castro Solano, 2004), y, en el caso de los médicos, prevé contenidos y facilita un quehacer ligado a la psiquiatría. En ocasiones, esta es percibida por el resto de las especialidades médicas con un valor menos jerarquizado (Vainer, 2002).

Históricamente, en la Argentina, uno de los ejemplos significativos de residencias en salud mental es la RISAM, que, además de las disciplinas señaladas, incluye las de trabajo social, enfermería y terapia ocupacional. Este programa surgió con el objetivo de conformar un campo común: la salud mental como un espacio determinado sociohistóricamente, con modos diversos de presentación de los problemas, constituido por una articulación de saberes, teorías y prácticas, e instituciones que, con una referencia a lo social, hicieran hincapié en la problemática subjetiva, con coyunturas, redefiniciones, repliegues y conflictos, y sustentadas en un lenguaje y significación determinados. De ahí el eje sustancial del trabajo interdisciplinario (Galende, 1990; Ferro, 2010; Galli, 1989; Faraone, 2012a, 2012b, 2013).

Otro ejemplo es el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM), desarrollado en la Provincia de Buenos Aires, en el que, además de psicología y psiquiatría, participan las áreas de medicina general y trabajo social, todas ellas insertas en el primer nivel de atención desde el inicio de la residencia y cuya meta se constituye en el interactuar profesional sin perder la identidad disciplinar, pero conforme a una tarea común (Cinicola *et al.*, 1998)<sup>3</sup>.

Al momento de la investigación, en la CABA se llevaban a cabo residencias en salud mental en catorce sedes o ámbitos de formación: los hospitales generales de agudos Álvarez, Argerich, Durand, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Tornú; el Centro de Salud Mental n.º 1; los hospitales generales pediátricos Elizalde y Gutiérrez; el Hospital Psiquiátrico Infanto-Juvenil Tobar García; el Hospital de

---

<sup>3</sup> Las tres primeras experiencias fueron en los municipios de San Martín, Moreno y Mar del Plata.

Emergencias Psiquiátricas Alvear; y los hospitales monovalentes de adultos Borda y Moyano<sup>4</sup>.

## Campo y saberes

El campo de la salud mental está constituido por una sumatoria de saberes disciplinares y de prácticas diversas reguladas por denominadores comunes que hacen eje en las condiciones, es decir, en los determinantes socioeconómicos e históricos del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y en la gestión colectiva de ese bienestar social (Galende, 1990). En CABA, de esos saberes, la psicología y la medicina constituyen dos de las disciplinas y residencias más difundidas. Hay también, sin embargo, residencias vinculadas a otras profesiones, tales como trabajo social, psicopedagogía, musicoterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional, que confluyen en los diferentes servicios de salud mental.

Respecto de las dos primeras, los títulos que expide la Dirección de Capacitación del Gobierno de la CABA son de “psicólogo clínico” y de “psiquiatra” formados en un programa interdisciplinario<sup>5</sup>. A pesar de que cada sede institucional es particular, los entrevistados acotan que hay espacios de formación y rotación donde ambas profesiones se articulan interdisciplinariamente, sin relegar lo disciplinar. El

---

4 El sistema público de salud de la CABA estaba conformado al momento del relevamiento por trece hospitales generales, dieciocho hospitales especializados –entre ellos, tres monovalentes de salud mental para adultos y uno infanto-juvenil–, dos hospitales generales de niños, dos centros de salud mental y cuarenta y cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria.

5 Por la Resolución n.º 2.340/2015, se comprueba una modificación de la denominación de las siguientes residencias: “Salud Mental (Psiquiatría)” por “Psiquiatría”, “Salud Mental Infanto-Juvenil” por “Psiquiatría Infanto-Juvenil”, “Salud Mental (Psicología Clínica)” por “Psicología Clínica”, “Salud Mental Infanto-Juvenil” por “Psicología Clínica Infanto-Juvenil”. Las residencias que son enteramente interdisciplinarias pero no asistenciales son las interdisciplinarias de promoción de la salud, de investigación, de epidemiología y de gerontología.

ya mencionado Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud, así como la RISAM, señalan que el ochenta por ciento del tiempo debería dedicarse a la formación del residente en el equipo interdisciplinario de salud, y el veinte restante, a la formación disciplinar; no obstante, en el trabajo de campo, se pudo observar que las intervenciones y prácticas terapéuticas están dadas predominantemente por la labor asistencial y, dentro de esta, particularmente por las intervenciones individuales, aunque esto puede variar relativamente según la institución sede.

A través de la praxis, se busca en las residencias trabajar la ligazón entre los conocimientos, la modelística teórica y las tareas específicas sujetas a los roles de cada una de las profesiones en juego, y al mismo tiempo en una articulación interdisciplinar y territorial. En algunas entrevistas realizadas, surgió que lo público y la posibilidad de generar un pensamiento crítico sobre la práctica (Ulloa, 1987) deberían ser un hilo conductor de toda intervención en salud mental; a pesar de esto, la predilección observada por lo asistencial resulta congruente con las políticas públicas en salud en general y en salud mental en particular desarrolladas en la CABA, y con un modelo hospitalocéntrico con grandes problemas asociados a este funcionamiento, como se visibilizó y se puso en evidencia durante la pandemia de COVID-19 (Faraone e Iriart, 2020).

Cabe señalar que una labor clínico-asistencial centrada en niveles micro de la subjetividad requeriría también de la inclusión de diferentes perspectivas que articulen diversos planos de la persona, como los evolutivos, familiares, ambientales, micro y macrosociales, culturales e históricos (Jiménez, 1995). Sin embargo, emergió en ocasiones que algunas de estas dimensiones son vividas como distantes de la experiencia cotidiana o como interferencias dentro de una práctica concebida de manera aseptica e idealizada.

## Aplanamiento del campo versus complejidad

Tal como se señaló, los residentes son responsables de gran parte de la asistencia en el campo de la salud mental del sector público y llevan a cabo tareas clínicas programadas en la urgencia, la consulta, el seguimiento y la interconsulta con otros servicios. Esto surge en parte por su permanencia durante gran cantidad de horas en los hospitales y centros de salud (Torricelli, 2007), muchas veces resolviendo situaciones complejas que requieren de una experticia no siempre alcanzada todavía.

Según se pudo registrar en el trabajo de campo, en la labor asistencial los residentes formulan diagnósticos a partir del manual *DSM-IV* de la American Psychiatric Association<sup>6</sup>, que, tal como describe Stagnaro (2006), alberga un supuesto desarrollo basado en posiciones ateóricas, objetivas y universales; sin embargo, desde su versión III, el manual ha evidenciado la estrecha relación entre las clasificaciones, la construcción diagnóstica y la industria farmacéutica (Faraone *et al.*, 2018).

A pesar de la importancia que reviste esta problemática en salud mental, coincidimos con Augsburger (2015) en que los procesos de clasificación y el establecimiento de criterios comunes, fiables y consensuados continúan siendo un tema que requeriría de una exploración rigurosa aún pendiente en Argentina. Esta exploración posibilitaría llevar adelante un registro organizado de manera sistemática, para así emprender un análisis y una comparación de datos que podrían convertirse en epidemiológicos en salud mental de manera adecuada, y por consiguiente poder diseñar

---

<sup>6</sup> Por norma, en el subsector público de la CABA se debería usar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la OMS, en su versión 10, de origen europeo y exhaustiva en situaciones problemáticas. Ha habido un proyecto de hacerla confluir con el DSM, utilizando el mismo número de códigos. Sin embargo, en lugar de que la CIE traccione al DSM hacia una perspectiva más mundial, el DSM empuja al CIE hacia el pensamiento estadounidense (Juan Carlos Stagnaro, comunicación personal, 2008).

políticas en salud acordes a ellos. Sin embargo, lo que predomina en este relevamiento, tal como lo han profundizado Bianchi y Faraone (2018), es el manejo de los manuales diagnósticos y estadísticos en los que se promueven *forzaturas* en la codificación, se aplanan dimensiones subjetivas valiosas y se construyen nomenclaturas que resultan llaves para fármacos.

Tener en la formación en salud mental un profundo apego por los procedimientos estandarizados promueve un estilo escolar (Gauron y Dickinson, 1966) que aplanan la perspectiva clínica desde la cual actuar sobre la complejidad en el campo. Reduce la mirada y desconoce los determinantes sociales de la salud, a la vez que abona la confección de un abanico limitado de respuestas terapéuticas necesarias situadas y contextualizadas socioculturalmente. De hecho, Peter Conrad y Meredith Bergey (2014) han pensado el manual DSM como uno de los indicadores de la globalización de los diagnósticos medicalizados del siglo XXI, y diferentes autores se han encargado de resaltar la íntima y robusta relación que se establece, tal como ya se señaló, entre la creación de nuevos diagnósticos o la reformulación de antiguos diagnósticos, y la consecuente prescripción de medicamentos presumiblemente indicados para ciertas nosografías (Russo y Venâncio, 2006; Conrad, 2007; Moynihan y Cassels, 2007; Jara, 2007; Cabral Barros, 2007; Healy, 2002; Shorter, 2009). Es necesario subrayar la importancia de considerar el campo de los fenómenos medicalizados como una trama en la que confluyen diferentes planos y donde es preciso ubicar analizadores.

Vinculado a los efectos de la manualización, en el trabajo de campo se observó un modelaje de padecimientos devenidos en “trastornos” en virtud del DSM, donde cada uno encastra casi unívocamente con un fármaco. Esta ecuación aparece presentada con cierta pretensión científica por parte de la industria farmacéutica, también responsable en parte de su elaboración. En muchos casos, en la búsqueda de información y conocimientos por parte de los residentes en

la labor diaria, se señaló que estas guías y sistemáticas son las únicas referencias clínicas accesibles, lo que promueve una respuesta farmacológica que termina impregnando todo el proceso de asistencia (Pavlovsky, 2006), y aplanando el análisis de la complejidad con la consecuente reducción del campo y la posibilidad de poner en tensión y en revisión aspectos que requieren de otra operatoria.

### **Redes comunitarias: experiencia y aprendizaje**

Pese a la jerarquización de lo comunitario como recomendación emanada de los postulados de la Ley 26.657, como crónica advertencia de los organismos internacionales y eje necesario de las políticas públicas, las redes comunitarias no son a la fecha una política de Estado sostenida en la CABA. Para ello basta con observar la importancia que condensaron las redes comunitarias informales y formales y la necesidad de contar con ellas de manera fluida y organizada durante la pandemia de COVID-19 (Merhy, 2020; Faraone e Iriart, 2020). Durante el trabajo de campo, se observó una escasa proporción dentro del sistema público de salud de experiencias de base comunitaria que sean de referencia para el aprendizaje de los jóvenes profesionales. Tal como se señaló, los residentes deben rotar por equipos del primer nivel de atención; sin embargo, en el trabajo de campo se pudo identificar que, si bien algunos de ellos manifestaron inquietudes y entusiasmo por lo comunitario, refirieron no estar apuntalados por líneas jerárquicas o por profesionales con más experticia en el tema, o que, cuando cuentan con esas figuras, se trata en general de personas muy sobrecargadas y demandadas con tareas asistenciales. De este modo, tal como sostienen Falicoff *et al.* (2013), en el primer nivel se mantiene la lógica hospitalaria en la atención a la demanda.

En las entrevistas surgió que lo comunitario parecería estar alejado de los procesos de formación, ya sea por la ausencia o el desmantelamiento de dispositivos en el sistema formal de salud o por la falta de inquietudes personales de los residentes. Pero también por la complejidad de las propias problemáticas psicosociales que los profesionales deben enfrentar y a los que deben dar respuesta. Aunque parte de las soluciones en salud mental provengan del aprovechamiento de las redes comunitarias formales e informales y del funcionamiento del sistema con énfasis en el primer nivel de atención como puerta de entrada, lo comunitario emerge como ese espacio no transitado donde se generan resistencias e identidades defensivas dentro del campo.

En esa misma línea, los entrevistados señalaron la falta de inclusión de espacios de revisión y reflexión sobre la práctica de manera sistemática y formal, que en ocasiones quedan librados a los intereses personales de los residentes. La necesidad de pensar la micropolítica del proceso de trabajo lleva al trabajador de la salud a involucrarse dentro de una tecnología que es en sí misma relacional (Merhy y Franco, 1999; Stolkiner *et al.*, 2003; Faraone *et al.*, 2011) y así a interpelar estereotipos profesionales que, al coagularse, resultan evasivos o expulsivos frente a la construcción de respuestas a las problemáticas en salud mental.

La insuficiencia de una mirada sobre la propia práctica es sinérgica con lo que sucede en los servicios o con los equipos que configuran la planta profesional. Suele ocurrir que las intervenciones en salud llevadas adelante por los residentes en cada sede guardan relación también con la modalidad terapéutica o corriente teórico-clínica de los jefes, coordinadores o miembros del servicio hospitalario. Así es que se observó en algunos hospitales la primacía de una perspectiva psicoanalítica, en otros una perspectiva más conductual o sistémica, o también una mayor pregnancia del paradigma biologicista y un funcionamiento exclusivamente disciplinar, sin la necesidad de obligatoriamente

articular con un otro y en desmedro del funcionamiento en equipo. Del mismo modo, también se detectó en algunos residentes un esfuerzo por construir un trabajo interdisciplinario.

Estas posiciones tan disímiles marcan los estilos de trabajo de las residencias, entendidas como líneas sujetas a estilos personales o de los equipos. Lo llamativo de la situación descrita es que, a pesar de la existencia de una Ley Nacional de Salud Mental y de la Ley n.º 448/2000 de Salud Mental de la CABA, que proponen y profundizan lógicas interdisciplinarias e intersectoriales para abordar las problemáticas en salud mental complejas, eso no se refleja en las prácticas como perspectivas de transformaciones que oficien sujetas a una política rectora y organizada.

## **Incorporaciones en la formación**

Según lo explorado en torno a las residencias, los espacios donde se han estudiado los postulados de la Ley 26.657 han surgido, al igual que con otros tópicos, de manera autogestiva. La relativa o casi ausente incorporación de espacios formales de capacitación en torno a sus postulados en los currículos de formación, de manera sistemática, es consecuente con la dificultad de asimilación en la comunidad profesional más amplia.

Si bien la Ley 26.657 forma parte de la bibliografía fijada para el examen de residencia del sistema de salud en la CABA y constituye una referencia dentro del Plan Nacional de Salud Mental (2013), no ha habido, hasta el momento de finalización del trabajo de campo, acciones propositivas o dispositivos acordes a ella. Y en 2019 se firmó un acta acuerdo entre la Asociación de Médicos Municipales y las autoridades de salud del gobierno de la CABA que pone acento en el desconocimiento de la norma, violando sus principios.

Por otro lado, en las entrevistas fue posible detectar una versión respecto de la Ley 26.657 ligada a una vivencia persecutoria de la práctica, que genera y pone en la propia norma, o en otra de las profesiones intervinientes en el campo de la salud mental, un enemigo que viene a entorpecer o evaluar con fines arbitrarios la tarea propia. En esos casos la perspectiva de derechos de las usuarias y los usuarios, y la relevancia de su cuidado, queda diluida por centralizar la discusión dentro de una puja corporativa profesional abroquelada en posiciones defensivas. Se construye un conflicto meramente especular entre personas o profesiones, perdiendo de vista las inconsistencias y las omisiones del sistema, y se puede detectar la ausencia de políticas integrales, territoriales e intersectoriales en salud mental que obren a favor de una perspectiva de derechos.

### **Algunas reflexiones finales**

En este capítulo hemos querido poner especial énfasis en la capacitación en salud mental y para ello se exploró la formación de posgrado de profesionales de las residencias de Psicología Clínica y Psiquiatría de la CABA. En el predio en donde realizamos la investigación, hemos podido observar y analizar que, en estas residencias, al igual que en la generalidad del campo de la salud mental, se lleva adelante una práctica centrada en lo individual, sin un enfoque transversal ligado a lo interdisciplinario e intersectorial que promueva una perspectiva de construcción compleja de él. Cabe aclarar que existen dentro del sistema equipos, nodos o personas en forma de archipiélagos cuyas prácticas, intereses e inquietudes son afines a un modo de trabajo articulado con otras disciplinas y otros sectores, pero esto no obedece a una práctica institucionalizada y sistemática, sino a experiencias aisladas.

El aplanamiento del campo, la visión fragmentada es concordante con una conceptualización de enfermedad/trastorno y, por consiguiente, con instancias que devienen en prácticas medicalizadoras. Si pensamos por una definición en la multidimensionalidad de las problemáticas socio-sanitarias, todo deviene interdisciplinario o multidisciplinario, sin que por ello se resigne el núcleo identitario del saber disciplinar propio. Si bien hay zonas de indefinición y de permeación entre las disciplinas, hay complementariedades, ayudas, superposiciones y permanentes interpelaciones; porque la realidad, en pos de un proyecto común y matricial construido, requiere de equipos con perspectivas interdisciplinarias e intersectoriales.

Para tal construcción se esperan modelos teóricos que conciban los fenómenos humanos a partir de lo biológico, lo singular y lo colectivo simultáneamente, así como desde lo cultural, lo territorial, lo comunitario, lo histórico, la estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio de una sociedad. Desde esta concepción, las únicas respuestas acordes son las basadas en la complejidad. Estas requieren de prácticas articuladas, que acepten las limitaciones de los propios esquemas de conocimientos y que, desde los desafíos de la realidad, incorporen al otro como un igual del cual aprender, con quien pensar y con quien actuar.

En los modos convencionales y reduccionistas de la formación, priman la disociación, las jerarquías, la soledad para pensar las encrucijadas y la dilución de una respuesta adecuada y oportuna.

Por otro lado, el respeto por los estilos personales de cada profesional constituye, sin lugar a dudas, un elemento de riqueza dentro de la formación y en la práctica, pero puede llegar a encubrir una falsa libertad que deja librados a los residentes a la construcción de su propia trayectoria educativa, si esto no se enmarca en una política sanitaria que *a priori* tenga un horizonte consistente y definido. Cuando

eso no está claro, aparecen actores que no siempre van de la mano de una formación idónea.

Ligado a esto, los laboratorios farmacéuticos tienen un rol importante en la distribución de material vinculado a investigaciones que enlazan los fármacos con diagnósticos establecidos únicamente por los manuales, particularmente el DSM. Con estos procesos se consolidan, desde los propios espacios formativos, identidades más consustanciadas con guías y esquemas que proponen seguir fórmulas sencillas de resolución de problemáticas.

Este particular entramado de factores, que puede ubicarse en diferentes planos, en el de políticas públicas o más generales o macros, así como también en los personales del aprendizaje, termina afectando la alternativa de generar una transformación en la enseñanza dentro del campo de la salud mental y de desarrollar una perspectiva crítica de la práctica. Si esto se asienta en niveles macro (sistema de salud y universidad), el impacto en niveles moleculares es absoluto. El profesional en formación en las residencias termina situándose en un espacio o bien defensivo o bien sufriente, y se reducen enormemente las posibilidades transformadoras. Defensivo al sentirse cuestionado por los saberes adquiridos durante su formación de grado, bagaje con el cual ingresa a la residencia, y sufriente cuando registra que esos saberes son insuficientes y discordantes con la realidad a la cual dar respuesta, como también lejanos de ella. Y se encuentra sin herramientas adecuadas para problematizar lo que sucede y sin referentes en el campo cotidiano que lo acompañen a reflexionar.

Tal como lo postula la Ley 26.657, la construcción de un enfoque interdisciplinario debe concebirse desde el comienzo del aprendizaje y transversalizando toda la formación. Esta concepción rompe con el esquema clásico, logra transformar la práctica y produce nuevos saberes más integrales, en permanente interacción y dispuestos a saltar fronteras restrictivas; pero esto parecería estar lejos de la

interiorización en las prácticas formativas en las residencias aquí analizadas.

Si bien ya hay generaciones de residentes formados en el contexto de la Ley 26.657, no existe, sin embargo, un sistema de salud en la CABA que haya formalmente realizado acciones y dispositivos acordes a la norma, y menos aún un espacio formativo para que las nuevas generaciones de profesionales logren experimentar esas transformaciones en lo cotidiano y explayarse en prácticas renovadoras. Los avances legislativos y normativos permean el campo conflictivamente, pero quedan circunscriptos a meros progresos discursivos. De este modo, las prácticas de los profesionales en formación son producidas por los cambios que no han ocurrido aún en el sistema de salud, por las políticas públicas y por las tensiones que aún siguen en disputa.

En esta misma línea, lo macro impregna las intervenciones institucionales y los sistemas de formación. Pero, al poner el foco en instancias moleculares, observamos que las universidades constituyen potenciales nodos desde los cuales generar esas transformaciones, que son también indispensables. Son puntos de partida para que los sistemas de formación de residencia no sean una mera continuidad de perfiles ya definidos en la instancia educativa previa, sino oportunidades para afrontar las tensiones inherentes a la práctica.

## Bibliografía

- Alberdi, J. (2003). *Reformas y contrarreformas. Políticas de salud mental en Argentina*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Augsburger, A.C. (2015). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave", en *Cuadernos Médico Sociales*, n.º 81, 61-75.

- Barcala, A. y Luciani Conde, L. (2015). *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires: Teseo.
- Benasayag, M. (2011). “Debate sobre desmanicomialización. Una velada ‘entre amigos’”, en *Topía*, XXI, n.º 63, noviembre. Disponible en [bit.ly/3C316Tf](http://bit.ly/3C316Tf).
- Bianchi, E. y Faraone, S. (2018). “Diagnósticos y Fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las Ciencias Sociales”, en Faraone, S. y Bianchi, E. (comp.), *Medicalización e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Boletín Oficial (2006). Resolución 450/2006 Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud- Criterios básicos. Integrantes del sistema. Fecha de Emisión: 07/04/2006. Publicado en 18/04/2006 Ministerio de Salud y Ambiente. Disponible en [bit.ly/35zFf9R](http://bit.ly/35zFf9R).
- Cabral Barros, J. A. (2007). “Nuevas tendencias de la medicalización”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, n.º 13, 579-587.
- Castro Solano, A. (2004). “Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales”, en *Revista Interdisciplinaria*, vol. 21, n.º 2, 117-152.
- CELS (2015). *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2015*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- CELS (2017). “Ley de Salud Mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de DD. HH”. Disponible en [bit.ly/341YwAl](http://bit.ly/341YwAl).
- CELS (2019). “Audiencia ante la CIDH sobre los hospitales psiquiátricos de la Argentina”. Disponible en [bit.ly/3taHqsE](http://bit.ly/3taHqsE).
- CELS y MDRI (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*. Centro de Estudios Legales y Sociales-Mental Disability Rights Internacional. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Cinicola, G., Michi, N., Accorinti, D., García, M., Arbuatti, A., Torricelli, F. y Almirón, M. (1998). "Sistematización de las residencias integradas multidisciplinarias Hospital Manuel Belgrano". Presentación, I Jornadas Provinciales de Residencias Orientadas al Primer Nivel de Atención, I Jornadas Regionales de Atención Primaria y Educación Permanente en Región Sanitaria VIII. Provincia de Buenos Aires, 4 y 5 de diciembre.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University.
- Conrad, P. y Bergey, M. R. (2014). "The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder", en *Social Science and Medicine*, n.º 122, 31-43.
- CoNISMA (2015). *Recomendaciones a las universidades públicas y privadas. art. 33 Ley Nacional 26.657*. Jefatura de Gabinete, Argentina.
- Courel, R. y Talak, A. (2001). "La formación académica y profesional del psicólogo en la Argentina [The academic and professional training of psychologist in Argentina]", en Toro, J. y Villegas, J. (eds.), *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología.
- CPM (2018). *Informe anual 2018. El sistema de la crueldad XII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires*. Comisión Provincial por la Memoria. Disponible en [bit.ly/3K5KKw8](https://bit.ly/3K5KKw8).
- CPM (2019). *Informe anual 2019. El sistema de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires*. La Plata: Comisión Provincial por la Memoria. Disponible en [bit.ly/3Md7ThI](https://bit.ly/3Md7ThI).
- De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Falicoff, J., Lagos, M., Mazzoglio y Nabar, M., Bekerman, S., Muñiz, M. y Méndez Ribas, M. (2013). "Impacto subjetivo de la práctica clínica actual según momentos de la formación", en *Sinopsis*, vol. 26, n.º 52, 31.
- Faraone, S. (2012a). "Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas". Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, S. (2012b). "El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción", en *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, vol. 2, n.º 4, 48-61.
- Faraone, S. (2013). "Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones", en *Salud Mental y Comunidad*, vol. 3, n.º 3, 29-41, dic.
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.
- Faraone, S. y Bianchi, E. (comps.) (2018). *Medicalización salud mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comps.) (2015). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Faraone, S., Bianchi E., Leone, C., Torricelli, F., Oberti, M. y Valero, A. (2018). "Actores sociales en torno al TDAH en las infancias. Una década de investigaciones en Argentina", en Faraone, S. y Bianchi, E. (comps.) (2018). *Medicalización salud mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Faraone, S., Geller, Y., Méndez, M. J., Rosendo, E., Torricelli, F. y Valero, A. (2011). "Accesibilidad y derechos

humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego”, en *Salud Investiga*. Ministerio de Salud.

- Faraone, S. e Iriart, C. (2020). “Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en *Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social*. Disponible en [bit.ly/3vrFi2h](https://bit.ly/3vrFi2h).
- Faraone, S. y Valero, A. (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Faraone, S., Valero, A., Rosendo, E. y Torricelli, F. (2013). “Instituciones totales y subjetividad colectiva. Los equipos de salud en el marco del cierre del Corralito. Reformas en Salud Mental”, en Faraone, S. y Valero, A. (coords.), *Dilemas en salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Ferro, R. O. (2010). “Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad”, en *Revista de Salud Pública*, XIV, n.º 2, 47-62, dic.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galli, V. (1989). “Lineamientos en Salud Mental”. Documento, Dirección Nacional de Salud Mental.
- Gauron, E. F. y Dickinson, J. K. (1969). “The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry”, en *The American Journal of Psychiatry*, n.º 126, 199-205.
- Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Londres: Harvard University.

- Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.
- Jiménez, J. (1995). “El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada”, en Defey, D., Elizadlde, J. H. y Rivera, J. (comps.), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*. Uruguay: Roca Viva.
- Merhy, E. E. (2020). “Ciclo de diálogos COVID 19. Analizador de las diputas e intersecciones entre redes de cuidados formales e informales”. Presentación en línea, Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, y Adesam. Disponible en [bit.ly/3BZKRpW](https://bit.ly/3BZKRpW) [consulta: julio de 2020].
- Merhy, E. E. y Franco, T. B. (1999). “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil”, en *Cad. Saúde Pública*, vol. 15, n.º 2, 345-353, abr.-jun.
- Moynihan, R. y Cassels, A. (2007). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.
- Pavlovsky, F. (2006). “La tentación: vicisitudes de un psiquiatra”, en *Topía*, XVI, n.º 47, agosto. Disponible en [bit.ly/35jsgJx](https://bit.ly/35jsgJx).
- Rovere, M. (2006). *Redes en salud, los grupos, las instituciones, la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública Municipalidad-El Ágora Asociación Civil.
- Rovere, M. (2011). “Curso de Formación Docente para el Área de Prácticas en Salud en la Formación del Psicólogo. Seminario Extracurricular”. Presentación, Universidad Nacional de Rosario. Disponible en [bit.ly/3HCtSv4](https://bit.ly/3HCtSv4).
- Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). “Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III”, en *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, n.º 3, 460-483.

- Shorter, E. (2009). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University.
- Stagnaro, J. C. (2006). "Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy", en *Psicoanálisis*, XXVIII, n.º 1, 187-203.
- Stolkiner, A., Comes, Y., Parenti, M., Solitario, R. y Unamuno, P. (2003). *Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense*. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Terenzi Seixas, C., Merhy, E. E.; Staevie Baduy, R. y Slomp, J. H. (2016). "La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil", en *Salud Colectiva*, vol. 12, n.º 1, 113-123.
- Torricelli, F. (2007). "Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas". Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Torricelli, F. (2012). "Campo, rol y perfil profesional en los residentes en psicología y en psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente 'recurso humano en salud mental' en el subsector público", en *Salud Mental y Comunidad*, año 2, n.º 2. Disponible en [bit.ly/35Atno5](http://bit.ly/35Atno5).
- Ulloa, F. (1987). *Novela clínica psicoanalítica. Historia de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Vainer, A. (2002). "Los gritos y el pensamiento. Memorias para el futuro", en *Clepios*, n.º 29, septiembre.
- Yanco, D. y Roma, V. (2007). "Residencias de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dilemas y avances en su construcción", en *Vertex*, XVIII, 179-186.

# Formación de psicólogos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata

ROCÍO CATALDO, GUSTAVO LIBERATORE, ANA MARÍA HERMOSILLA

## Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (de ahora en adelante, LNSM) tiene fundamento en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental, representando los principios de un nuevo paradigma. Este propone la transición desde un modelo centrado en la exclusión, las instituciones cerradas, la enfermedad y la peligrosidad hacia otro basado en la integración, el espacio comunitario abierto, y la noción de resguardo y restitución de derechos (Arriaga, Ceriani & Monópoli, 2013).

Thomas Kuhn (1971) define el concepto “paradigma” como una realización científica universalmente reconocida que, durante cierto tiempo, proporciona modelos de problemas y soluciones. En el campo de la salud mental, el paradigma hegemónico combinaba los principios del modelo médico hegemónico, el biologicismo y la concepción de que aquella persona que se veía afectada por un padecimiento mental debía convertirse en objeto de protección por parte de los profesionales. Sobre la base de estas ideas, el modelo de tratamiento estuvo predominantemente centrado en las instituciones psiquiátricas, donde el enfermo era asistido y aislado del resto de la sociedad, por lo

cual era inviable su recuperación y quedaba desprovisto de la mayoría de sus derechos.

En la actualidad estamos viviendo una etapa de transición entre paradigmas. Tal como lo plantea Kuhn (1971), hay circunstancias en las que pueden existir conjuntamente dos paradigmas en el último periodo del primero. En la actualidad, en el campo de la salud aún coexisten las antiguas prácticas y concepciones con los cambios propuestos a partir de la LNSM, que intentan plasmar modalidades de abordaje de los padecimientos.

Bourdieu define los campos como las estructuras sociales objetivas construidas en dinámicas históricas; mientras que las estructuras sociales interiorizadas, incorporadas por los individuos en forma de esquemas de percepción, valoración, pensamiento y acción, constituyen el *habitus*. Producto de la historia, el *habitus* produce prácticas, individuales y colectivas, y asegura la presencia activa de las experiencias pasadas, que, depositadas en cada organismo bajo la forma de principios de percepción, pensamiento y acción, tienden a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo. Las disposiciones interiores, interiorización de la exterioridad, permiten a las fuerzas exteriores ejercerse, pero, según la lógica específica de los organismos en los que están incorporadas través de él, la estructura que lo produce gobierna la práctica; no por la vía de un determinismo mecánico, sino a través de las constricciones y los límites originariamente asignados a sus invenciones (Bourdieu, 1991).

Podríamos plantear que el *habitus* propio de los profesionales de la salud surge de las estructuras que durante mucho tiempo dominaron las prácticas en el área. Es necesario que todos los cambios que se han producido en el campo se transformen en nuevas estructuras interiorizadas. Es decir, no solamente hablamos de la incorporación de leyes, sino de todo un paradigma de promoción de derechos, que nació y se consolidó en los últimos años;

una nueva forma de percibir, pensar y actuar, tal como lo plantea Bourdieu.

La formación profesional, sin duda, es primordial a la hora de analizar la aplicabilidad de la ley, haciendo referencia no solo a contenidos teóricos y prácticos, sino también a valores y principios acordes a los sostenidos por el paradigma mencionado. Es necesario reconvertir el perfil profesional para promover que la legislación pueda aplicarse efectivamente. Por un lado, alcanzando a aquellos profesionales en formación, quienes deberán ser preparados desde los lineamientos planteados por el nuevo paradigma, y, por otro lado, a aquellos que ya se encuentran insertos en el ámbito profesional y trabajando desde la lógica previa, y tendrán que adaptarse a la nueva. Esto configura el desafío al cual se enfrentan las instituciones formadoras de profesionales en el área de la salud mental.

## **La formación de profesionales a partir de la Ley Nacional de Salud Mental**

La LNSM incluye la temática de la formación de profesionales, específicamente en su artículo 33.º:

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales [...].

La ley fue reglamentada en el año 2013, a través del Decreto 603/2013. En relación con la temática de la formación, este agregó que la Autoridad de Aplicación deberá

promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

Finalmente, en el año 2014, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones elaboró, a través de un proceso de consulta y discusión con diversos actores, las “Recomendaciones a las universidades públicas y privadas para la formación”. Este documento, que abarca la formación de todos los profesionales del área, cuenta con tres apartados fundamentales (enfoque de derechos, inclusión social, e interdisciplina) como ejes transversales que ser considerados en la formación.

En el documento de recomendaciones, se remarca la importancia del análisis del marco normativo de derechos humanos, vinculando el aspecto legal al ejercicio ético de los profesionales. También se incluyen cuestiones que no se relacionan estrictamente con contenidos, sino con aspectos actitudinales, como la necesidad de problematizar en la formación las concepciones, las creencias y los prejuicios anclados en el antiguo paradigma. De lo que se trata es de promover la visión del usuario como sujeto de derecho.

Otra cuestión de relevancia es la adquisición de conocimientos sobre dispositivos de atención alternativos y la habilitación de prácticas preprofesionales, de extensión y de posgrado.

Por último, aparece la sugerencia de incorporar temáticas como adicciones, epidemiología y psicofarmacología, las cuales, en algunas carreras como Psicología, constituyen áreas de vacancia.

## **Abordajes desde la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata**

El plan de estudios vigente en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata data de 2010, mismo año en el cual fue sancionada la LNSM. En las seis carreras de universidades públicas acreditadas en primera instancia por la CONEAU (Mar del Plata, Córdoba, Entre Ríos, Tucumán, San Luis y La Plata), se puso en marcha lo propuesto en el artículo 33.º de la LNSM en función del plan de mejoras curriculares. La Secretaría de Políticas Universitarias (SPU), conjuntamente con la Dirección Nacional de Salud Mental, dispuso que el 20 % del proyecto que cada carrera presentó fuera destinado a la formación en la implementación de la ley. Se propuso a nivel de las carreras mencionadas la conformación de una red de colaboración y capacitación de unidades académicas de psicología nucleadas en la AUAPSI. Específicamente en el caso de Mar del Plata, se presentó además una propuesta que incluye algunos proyectos en curso.

Al hacer referencia a la formación de psicólogos en el área de salud mental, a partir de las modificaciones que ha introducido la LNSM, la formación en derechos humanos constituye un eje nodal. Esto implica asumirlos como una filosofía en la institución, a través de la construcción y transmisión de determinadas creencias y valores y de su concretización en prácticas más o menos institucionalizadas (Grimson, 2011).

El espacio de articulación entre las actividades universitarias de docencia, investigación, extensión y gestión constituye un lugar propicio para la construcción de una verdadera cultura de derechos humanos.

Comenzando por el área de investigación, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, existen grupos de investigación con proyectos en marcha vinculados a la temática de salud mental. Podemos mencionar el proyecto “La configuración de nuevos referenciales de la acción pública en Salud Mental en Argentina. Parte 1º: la Política de Salud Mental inaugurada a partir de la sanción de Ley 26.657”, diri-

gido por el Lic. Perez; “Hacia una bioética en expansión. Derechos humanos y perspectiva de género en la formación de grado en Psicología”, dirigido por la Dra. Mainetti; y “Estudio exploratorio- descriptivo de normativas de ampliación de derechos aplicadas a la práctica profesional de la Psicología: propuesta de construcción de una guía de Buenas Prácticas basadas en Derechos Humanos”, dirigido por la Dra. Hermosilla.

A su vez, se han realizado diversos trabajos específicamente vinculados a la formación en salud mental en la carrera de Psicología.

Entre los años 2013 y 2015, se llevó a cabo la investigación denominada “Ley de Salud Mental 26.657: estudio exploratorio sobre su incorporación en la formación de psicólogos en la Universidad Nacional de Mar del Plata”. Este trabajo fue de tipo cuali-cuantitativo con un diseño no experimental transversal de tipo exploratorio-descriptivo. Se desarrolló en dos fases. La primera fue de tipo documental, y se basó en el análisis de los programas de las asignaturas de la carrera de Psicología (UNMDP). La segunda fase consistió en la aplicación de un instrumento de tipo cuantitativo, con el objeto de recolectar información respecto a la opinión de los estudiantes del último año de la carrera respecto a su formación (Cataldo, Liberatore y Hermosilla, 2018).

Es necesario recordar el contexto en el cual transcurrió esta investigación, la cual estuvo atravesada por la reglamentación de la ley (año 2013) y la confección de las recomendaciones a las universidades para la formación (año 2014).

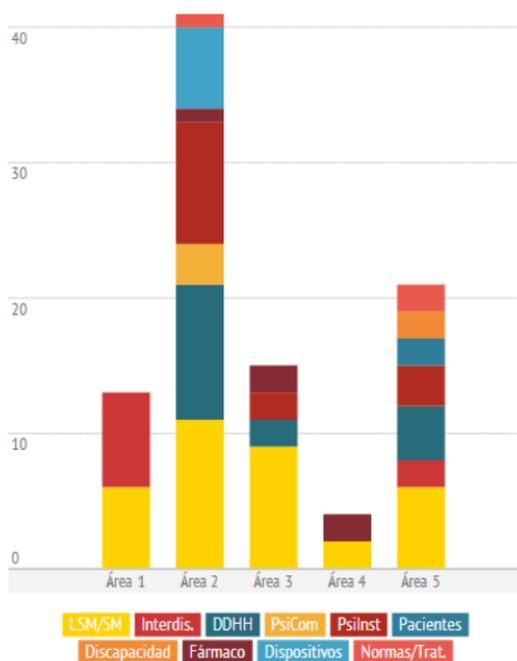
Los principales resultados que surgen de ambas fases de la investigación son los siguientes:

- Solo alrededor del 10 % de los registros bibliográficos analizados presentó algún tipo de relación con las categorías temáticas de análisis.
- Los estudiantes consideraron que las temáticas no se incluyen efectivamente, o se incluyen poco.
- Los tópicos “interdisciplina” y “derechos humanos” fueron los de mayor peso en los programas. Sin embargo, los

estudiantes acuerdan que la inclusión de ambas temáticas es escasa.

- Se observa una discrepancia entre los contenidos incluidos formalmente en las asignaturas y aquello que realmente se concretiza en prácticas educativas en el aula.
- Existe coincidencia respecto a que la temática “psicofarmacología” constituye un área de vacancia en la formación, que es imprescindible para lograr lo que se propone en el artículo 12.º de la LNSM: “Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”.

**Figura 1.** Distribución de las temáticas de acuerdo a la cantidad de referencias bibliográficas observadas por área de formación



Zucchi (2014) realizó una investigación en el marco de una tesis de pregrado denominada “Adecuación de la formación de grado en psicología para el trabajo en Salud Mental relacionado con la urgencia y la emergencia. Estudio de caso de la carrera de psicología que se dicta en la Universidad Nacional de Mar del Plata”. Se trató de un estudio de caso descriptivo simple, de tipo cuali-cuantitativo, con corte transversal. Para realizar dicho trabajo, utilizó las técnicas de análisis documental y entrevistas a informantes calificados: psicólogos, egresados de la UNMDP y que ocupen (o hayan ocupado recientemente) cargos de gestión relacionados con la formación de grado de profesionales psicólogos o con la gestión de servicios públicos de atención a la salud mental.

En cuanto a los resultados, se percibe que la formación de los egresados psicólogos (al momento de realización del trabajo) no es acorde a lo que se concibe como una formación integral, en cuanto se considera sesgada y con escasos contenidos vinculados a la temática de la urgencia. Asimismo, el perfil actual del egresado evidenciaría mayor énfasis en la teoría y escasa orientación a la praxis.

Los entrevistados en el trabajo realizado por Zucchi (2018) proponen como contenidos que deberían incluirse en la carrera los siguientes: semiología, salud pública, y derechos humanos. Asimismo, consideran que es necesario enfatizar en aspectos preventivos, en la detección precoz de casos y en la realización de derivaciones oportunas. Por último, consideran que la formación en urgencias y emergencias en salud mental queda supe- ditada a la oferta de formación extracurricular o de posgrado.

Durante 2017-2018, Actis, Balague y Victoria (2018), en el marco de su tesis de pregrado, indagaron sobre cuál es la visión de los docentes de la Facultad de Psicología de la UNMDP respecto a la adecuación de

la formación de los futuros psicólogos a los principios, las políticas y los dispositivos sostenidos por la ley. Este trabajo fue de tipo cualitativo con un diseño no experimental transversal de tipo exploratorio-descriptivo.

Se realizaron quince entrevistas semiestructuradas a docentes de la Facultad de Psicología, seleccionándose tres por cada una de las cinco áreas en las que se divide el currículo e incluyendo tanto profesores como ayudantes. La muestra fue no probabilística, y el muestreo fue realizado por conveniencia. Se incorporaron tanto profesores (que tienen a su cargo la confección de la planificación anual) como auxiliares, que se ocupan de las comisiones de trabajos prácticos.

Cargo/area	Investigación en Psicología	Socioantropológica	Sistemas psicológicos	Psicobiológica	Ámbitos de trabajo psicológico
Profesor	1	1	2	0	1
Ayudante	2	2	1	3	2

Se incluyeron dos niveles de análisis: por un lado, la transmisión docente que se realice sobre concepciones, valores y principios ligados al paradigma de la LNSM; por otro lado, la transmisión de contenidos teóricos y prácticos vinculados a este paradigma. Se resumen a continuación los principales resultados:

Concepciones, valores, principios	Contenidos teórico-prácticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formación principalmente ligada a estos aspectos.</li> <li>-Inclusión de nociones y valoraciones coincidentes con el paradigma (concepción de sujeto y salud mental, modelo no tutelar, importancia de trabajo interdisciplinario, crítica al modelo biomédico).</li> <li>-Necesidad de articulación entre docencia, investigación y extensión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor transmisión a través de contenidos del programa o prácticas concretas.</li> <li>-Formación fundamentalmente teórica con escasas experiencias de prácticas en campo.</li> <li>-Formación ligada al modelo de atención tradicional, clínico-individual</li> <li>-Parcial adecuación de los contenidos impartidos a lo planteado en el Documento de Recomendaciones.</li> <li>-Profesores muestran interés en modificar futuras ediciones de sus programas.</li> </ul>
La temática de menor peso en ambos niveles es la relacionada a la inclusión social.	
Los ejes enfoque de derechos, inclusión social, e interdisciplina no suelen trabajarse en relación.	
Falta mirada intersectorial de las intervenciones posibles.	

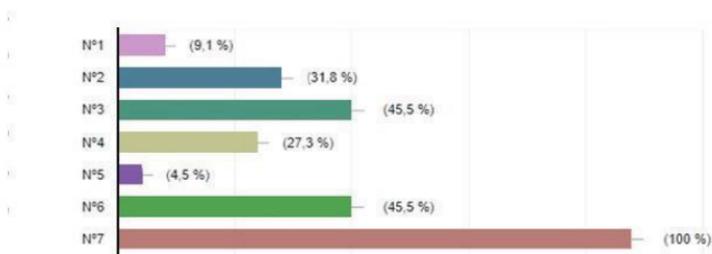
Más allá de que los estudios deberían replicarse o actualizarse a lo largo de los años, dadas las modificaciones que se han ido incorporando en el currículo y en las asignaturas, es valioso contar con este tipo de trabajos. Realizar estudios empíricos que permitan producir datos referidos a cada institución encargada de la formación de profesionales es fundamental de cara a la implementación de estrategias que respondan a las necesidades y realidades de cada universidad.

Además de las investigaciones específicas sobre formación, es deseable generar producción científica que incluya el área de salud mental en general, y de la LNSM en particular, dentro de los tópicos de interés.

La formación tiene su correlato en la práctica profesional, y, en este sentido, en una investigación llevada a cabo en el marco de una beca de perfeccionamiento otorgada por la Universidad Nacional de Mar del Plata en 2016-2017, se indagó sobre la aplicación de las normativas de derechos en la práctica clínica de psicólogos de la ciudad (ámbito público y privado). Se observó que, en líneas generales, los

participantes reconocen la importancia del conocimiento de las leyes, aunque esto no se corresponde con el conocimiento efectivo que reconocen tener.

**Figura 2. Ítem “Desconozco el contenido de las siguientes leyes”**



#### Referencias:

1. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (26.061).
2. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (26.378).
3. Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (23.179).
4. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud (26.529).
5. Ley Nacional de Salud Mental (26.657).
6. Ley de Derecho a la Identidad de Género (26.743).
7. Ley de Cuidado Integral de la Salud de las Personas con Enfermedades Poco Frecuentes (26.689).

Puede observarse lo siguiente:

- Los entrevistados indicaron desconocimiento de la ley 7 (Enfermedades Poco Frecuentes), la cual fue introducida como elemento distractor.
- Por otra parte, la ley 3 (Discriminación contra la Mujer) y la 6 (Identidad de Género) fueron desconocidas por

casi la mitad de la muestra. Ambos tópicos se consideran de suma importancia en el contexto actual.

- Alrededor del 30 % de la muestra desconoce dos leyes fundamentales: Derechos del Paciente (4) y Convención de las Personas con Discapacidad (2). Ambos hitos fundamentales con relación al respeto por la autonomía, la primera a través de la especificación del consentimiento informado, directivas anticipadas e historia clínica como normas indispensables en la atención, y la segunda, a través del artículo 12.º y la introducción de una nueva forma de conceptualizar el concepto de “capacidad”.

A partir de los datos expuestos, se evidencian áreas de vacancia en la formación, las cuales refieren a aspectos fundamentales de cara a la formación de profesionales. Sin embargo, debe considerarse que se asiste a un proceso de transformación que seguramente requerirá de muchos años para modificar creencias y prácticas, arraigadas desde hace siglos. Se han comenzado a incorporar diferentes prácticas y modificaciones en la formación que serán descriptas en el próximo apartado. Además, lo que se considera sumamente importante, se ha empezado a debatir en el seno de la comunidad científica y profesional sobre la necesidad de repensar la formación como base para generar una transformación real y duradera de las prácticas.

## **Aportes desde el área de la docencia y de extensión**

Continuando el análisis con respecto al área de docencia, durante el primer cuatrimestre del año 2014, la cátedra Psicología Institucional y Comunitaria desarrolló en conjunto con los estudiantes un trabajo de campo sobre imaginarios en salud mental comunitaria. El objetivo de la actividad apuntó fundamentalmente a evaluar los imaginarios

sociales cristalizados a partir de la LSM y vincularlos con los procesos de desinstitucionalización. Asimismo, constituyó un entrenamiento para los estudiantes a partir de la aplicación de un conjunto de tecnologías evaluativas y dispositivos de intervención. Se gestó como un espacio de apertura para la reflexión y el debate crítico respecto a la manera en la cual concebimos la salud mental comunitaria y el saber hacer profesional en este contexto (Golpe y Avale, 2014).

Según lo expuesto por Golpe y Avale (2014), participaron de la experiencia 158 estudiantes de cuarto año de la carrera y 56 barrios urbanos de Mar del Plata, incluyendo zonas de ingresos altos, medios y bajos, y se llegó a consultar 1.155 hogares. Esta estrategia de intervención educativa “incentivó el fortalecimiento de competencias específicas en Salud Mental Comunitaria en la adopción de un enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina como ejes transversales para la formación, extensión e investigación” (Golpe y Avale, 2014, p. 94).

Otro cambio relevante para la formación de psicólogos en la UNMdP surgió de la inclusión de Prácticas Electivas Preparatorias para las Prácticas Profesionales (PEPP), incluidas en el plan de estudios a partir de su modificación en el año 2010 (OCS n.º 553/09). Estas son “prácticas con creciente nivel de complejidad que deberán formar al estudiante en la adquisición y desarrollo de habilidades propias del quehacer científico-profesional, y que lo preparan para su inserción en las prácticas tutoradas del último tramo de la carrera” (OCA 2.172/16). Estas actividades implican cuatro niveles: lectura y escritura académica; observación, encuesta, entrevista; historia de vida; y evaluación e intervención.

Las PEPP incluidas en 2010 en el plan de estudios adquirieron, a partir de la Ordenanza de Consejo Académico 391 del 2018, una orientación sociocomunitaria. Es decir que deberán estar diseñadas de forma tal que promuevan la comprensión y resolución de problemas sociales (salud,

educación, trabajo, vivienda, organización social, pobreza, discapacidad, etc.), medioambientales, económicos, u otros que comprometan a la sociedad en su conjunto, con especial énfasis en los sectores más vulnerables de la comunidad (OCA 391/18)

Las prácticas sociocomunitarias poseen determinadas características que son acordes a lo que se espera actualmente de la formación de profesionales en el área de salud mental, enmarcada en el paradigma que la LSM propone. Se describirán a continuación las características que tendrán estas prácticas, según la Ordenanza de Consejo Académico correspondiente.

En primer lugar, constituyen espacios de formación transversal y de inicio temprano, considerando que el compromiso social es una actitud que desarrollar desde el comienzo y a lo largo de toda la formación profesional. La transversalidad de contenidos implica la adquisición de competencias consideradas genéricas en las asignaturas curriculares, lo cual supone un desafío para las instituciones y para los docentes, dado que deben implementarlas adaptándolas a sus propias asignaturas (Saldaña *et al.*, 2017). En este sentido, cada materia del plan de estudios confeccionará una propuesta de PEPP con orientación sociocomunitaria en vinculación con los contenidos propios de su planificación de trabajo docente.

Por otra parte, se intentarán promover prácticas interdisciplinarias, interinstitucionales e intrainstitucionales. Para esto, se propiciarán espacios de encuentro con otras unidades académicas. De esta forma, se intenta comenzar a trabajar desde la universidad en pos de la generación de prácticas interdisciplinarias, abriendo el diálogo entre estudiantes de diversas carreras. Esto tiene como objetivo que adquieran competencias que luego serán necesarias para su desempeño en el campo profesional. Las prácticas tenderán a la salud colectiva y a la instalación de dispositivos que propicien la emergencia de nuevos sujetos colectivos.

Por último, las prácticas sociocomunitarias estarán emplazadas en territorio, priorizando la articulación con los centros de extensión universitarios, y serán colectivas, estimulando el aprendizaje cooperativo.

Con respecto a este último punto, se observa la articulación de las prácticas de docencia y extensión. Menéndez (2017) cita el documento sobre extensión elaborado por las universidades nacionales a través de los responsables de extensión universitaria (aprobado por el Consejo Interuniversitario Nacional). En él se define la extensión universitaria como “el proceso de comunicación entre la universidad y la sociedad, basado en el conocimiento científico, tecnológico, cultural, artístico, humanístico, acumulado en la institución y en su capacidad de formación educativa, con plena conciencia de su función social” (Menéndez, 2017: 1). De esta forma, articula el conocimiento científico con la realidad de la sociedad, permitiendo a la universidad interactuar con ella. En ese mismo proceso, se busca la transformación a nivel social, pero también la transformación de la universidad, incluyendo a docentes y estudiantes.

Desde el área de extensión de la Facultad de Psicología de la UNMdP, se han propuesto actividades como, por ejemplo, las Jornadas sobre Ejercicio Profesional en el Marco de la Ley de Salud Mental (junio de 2019); el curso “Capacitación Profesional: Arte y Salud Mental” (agosto de 2019); la charla “Derecho a la Salud: Despatologizando las Identidades Travesti/Trans” (septiembre de 2019); el curso sobre abordajes del consumo problemático de sustancias desde la interdisciplina, en el marco de la LNSM (septiembre de 2019); y la conferencia de la Dra. Iglesias sobre desafíos actuales en la implementación de la Ley 26.657 (octubre de 2019).

Asimismo, puede mencionarse el proyecto de extensión “Abordajes en salud mental comunitaria para la prevención de los consumos problemáticos de sustancias”, dirigido por la Lic. Tarrat, el cual se propone colaborar en la prevención y problematización de los consumos de

sustancias en jóvenes y adultos pertenecientes a instituciones educativas de determinados barrios de la ciudad de Mar del Plata, basándose en la reducción de daños y la salud mental. Cabe recordar que, a partir de la sanción de la LNSM, las adicciones deben ser tratadas en el marco de la salud mental.

### **La producción intelectual como marco de referencia para el estudio de la LNSM**

Como se planteó anteriormente, existe una interrelación entre las áreas de desarrollo en la universidad. Los conocimientos obtenidos en las actividades de investigación deberían poder transferirse también al área de docencia. A través de las investigaciones realizadas respecto a la formación en salud mental en particular, y a la temática de salud mental en general, se logran visibilizar áreas de vacancia que existen en la formación, y también los progresos alcanzados.

Debe tenerse en cuenta que, en líneas generales, la producción intelectual existente sobre la LNSM es bastante escasa, lo que *a priori* constituye un rasgo distintivo en términos de la atención que ha merecido su contenido y del impacto desde los campos académico y profesional.

Una búsqueda bibliográfica por bases de datos locales y regionales (Scielo, Redalyc, Biblioteca Virtual de Salud) demostró que existen apenas unos pocos registros indizados (no más de seis) que aborden la LNSM o temáticas conexas. Frente a este panorama, se realizaron consultas en el buscador Google Scholar, que facilita la recuperación de documentos alojados en espacios de memoria no convencionales, tales como repositorios, portales especializados y actas de congresos, con el objeto de acceder a materiales difundidos en circuitos de circulación alternativos a los tradicionales. La búsqueda arrojó un total de 77 documentos, los cuales fueron analizados desde el punto de vista de sus

contenidos, con el fin de observar cuáles son sus alcances en términos de los tópicos de estudio más importantes. Para ello, se construyó un índice de palabras claves representativas de los textos seleccionados y se las procesó mediante la metodología del análisis de redes sociales (ARS) con la intención de representar las relaciones semánticas latentes en estos documentos. El resultado fue un grafo (figura 3) con la representación del mapa semántico que revela el entramado de relaciones (alcance) que estructura el campo de estudio en torno a la LNSM. Para una mejor visualización y análisis, se sometió la red a un proceso de *clustering* a fin de observar los distintos agrupamientos en torno a los ejes principales de abordaje que ha tenido esta temática.

El resultado ha sido la obtención de cuatro grupos principales de atención (marcados en distintos colores). El primero y más importante (color violeta) se circunscribe a las temáticas asociadas a la LNSM como objeto de estudio, es decir, a todas aquellas cuestiones que se desprenden del análisis de su cuerpo normativo. Dentro de este grupo, observamos que se incluye la formación de psicólogos como uno de los tópicos de interés.

El segundo agrupamiento (color verde) se estructura sobre los tópicos de abordaje desde una perspectiva más amplia correspondiente al campo de la salud mental, en donde se destacan cuestiones relativas a la interdisciplina y los estudios de género.

El tercero (color celeste) se centra en un eje vertebrador tanto de la LNSM como del ámbito de la salud mental a partir de los “derechos humanos”.

El cuarto (color naranja) se delimita en torno a los dispositivos y las prácticas, que refieren a recursos indispensables para la transición a la modalidad de atención que establece la LNSM. Se observa principalmente en relación con la temática de adicciones, teniendo en cuenta que es una innovación de la ley el hecho de que se incluya dentro del área de salud mental.



la complejidad implicada en la formación de profesionales de la salud mental, específicamente en el caso de la psicología, la cual deviene de las propias características de los fenómenos abordados.

¿A qué se refiere esta noción de “complejidad” aplicada específicamente al campo de la salud mental? Parisí (2006) realiza un análisis al respecto, vinculando la temática con la realidad de Argentina. En función del actual escenario social, surge la necesidad de ampliar los espacios del saber disciplinar de la psicología, aceptando la irrupción del apoyo interdisciplinario. Al respecto, el autor establece dos puntos fundamentales para lograr esto: el primero refiere a conocer la episteme de las diferentes disciplinas, su versión del mundo y la forma de resolver conflictos. El segundo, y no menos importante, implica conocer la episteme de la comunidad, dándole primacía al valor de la cultura popular, de la vida cotidiana de la comunidad, para construir conocimientos compartidos.

A su vez, esto último guarda estrecha relación con el espíritu de la LNSM, la cual establece que el mejoramiento de la salud implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Los abordajes comunitarios, territoriales y cercanos a los destinatarios de los servicios se vuelven fundamentales.

Carvajal Escobar (2010) toma como cuestión central la formación en competencias. Los currículos por competencias serían más flexibles, y permitirían formar profesionales más universales. Lo que se pretende, más que generalizar, como dicen los críticos del enfoque interdisciplinario, es simplificar el lenguaje de interdicción entre disciplinas.

A su vez, Parisí (2006) plantea que la formación universitaria de los psicólogos en Argentina, sostenida desde los marcos teórico-prácticos convencionales, muchas veces no alcanza para dar cuenta de las demandas crecientes y cada vez más complejas, que quedan, en muchas ocasiones, desatendidas (Parisí, 2006: 6).

Gioacchini y colaboradores (2018) afirman que, además del cambio en los contenidos impartidos, se requiere modificar la metodología de enseñanza en las universidades. En este sentido, se debe involucrar a los estudiantes en “constantes espirales de indagación que los lleven desde un conjunto de respuestas hacia preguntas más profundas que revelen conexiones entre el tópico que se está tratando y otras ideas, preguntas y problemas fundamentales” (Gioacchini y cols., 2018: 91).

A partir de lo expuesto, surgen dos aspectos fundamentales para tener en cuenta. En primer lugar, que esta complejidad descripta para ser abordada desde la formación requiere la indispensable articulación entre las diferentes actividades de la universidad: gestión, investigación, extensión y docencia. La segunda es que la transformación implica a toda la institución, retomando el concepto de “cultura en derechos humanos”. Actualmente, en la Facultad de Psicología de la UNMDP, se ha comenzado el proceso de revisión curricular. Los lineamientos a partir de los cuales se piensa el nuevo diseño incluyen como ejes transversales los derechos humanos, los postulados de la LNSM y la perspectiva de género. Esto involucra el atravesamiento de la temática en la formación desde los contenidos impartidos, y también desde los valores transmitidos, lo cual es fundamental para el perfil del egresado al que se apunta.

## Referencias bibliográficas

- Actis, M. P., Balagué, C. & Victoria, C. (2018). *Visión de los docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata respecto a la adecuación de la formación de futuros psicólogos a los principios, políticas y dispositivos sostenidos en la Ley 26.657 (tesis de grado)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

- Arriaga, M., Ceriani, L. & Monópoli, V. (2013). Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Por Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. En *El sentido práctico* (pp. 91-111). Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- Carvajal Escobar, Y. (2010). Interdisciplinarietà: desafío para la educación superior y la investigación. *Luna Azul*, n.º 31, julio-diciembre, pp. 156-169. Disponible en [bit.ly/3to3-JeC](http://bit.ly/3to3-JeC).
- Cataldo, R., Liberatore, G. & Hermosilla, A. (2018). Aplicación de la Ley 26.657 de Salud Mental: una mirada desde la formación de psicólogos en la Universidad Nacional de Mar del Plata. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, vol. 35, n.º 2, pp.277-289.
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (2014). Recomendaciones a las Universidades públicas y privadas. Artículo 33.º, Ley Nacional 26.657. Disponible en [bit.ly/3trZxu3](http://bit.ly/3trZxu3).
- Gioacchini, C., Dávila, A. L., Zarate, J., Illanes Passera, M. I., Sananez, G. G. y Sánchez, C. S. (2018). Formación en leyes de salud mental: comparación. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Golpe, L. I. y Avale, D. I. (2014). El desafío de la Consulta sobre los Imaginarios de Salud Mental Comunitaria. (Un giro para las prácticas de formación académica en Psicología). En Hermosilla (presidencia). *VI Congreso Marplatense de Psicología*. Trabajo presentado en Congreso. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Grimson, A. (2011, junio). Las universidades públicas y la construcción de una cultura de los derechos humanos. Ponencia presentada en Jornada Nacional sobre Derechos Humanos y Universidad, Secretaría de Derechos Humanos. Buenos Aires, Argentina.

- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Menéndez, G. (2017). Desarrollo y conceptualización de la extensión universitaria. Un aporte de la secretaría de Extensión de la Universidad Nacional del Litoral para el análisis y debate de la Extensión Universitaria.
- Ordenanza de Consejo Académico n.º 2.172/16. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Ordenanza de Consejo Académico n.º 391/18. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Ordenanza de Consejo Superior n.º 553/09. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Parisi, E. R. (2006). Psicología, interdisciplina y comunidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 11, n.º 2, pp. 373-384.
- República Argentina (2010). Ley Nacional n.º 26.657.
- República Argentina (2013). Decreto reglamentario 603/2013.
- Saldaña, G. N., Contreras, M. V., Navarro, M. G. G. & Velásquez, R. C. (2017). Percepción de académicos sobre efectos a nivel personal e institucional de su participación en un programa de formación para desarrollar competencias genéricas en la Universidad de Concepción. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, vol. 16, n.º 30, pp. 49-61.
- Zucchi, M. G. (2017). Adecuación de la formación de grado en Psicología para el trabajo en salud mental relacionado con la urgencia y la emergencia. Estudio de caso de la carrera de psicología que se dicta en la Universidad Nacional de Mar del Plata (tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

# Leyes Nacional (26.657) y Provincial (9.848) de Salud Mental y Formación de Recursos Humanos en Medicina y Enfermería para su implementación<sup>1</sup>

ANGÉLICA LEONOR DÁVILA, JORGE ZÁRATE, MARIANA ILLANES,  
GRISelda SANANEZ, CARINA GIOACCHINI, CAROLA HUNZIKER  
Y MARINA IUDICELLO

## Introducción

El documento de Organización Panamericana de la Salud (2009) “Estrategia y Plan de acción sobre salud mental” plantea una estrategia y un plan de acción para las Américas para un período de 10 años (2009-2019). La ejecución del plan comprende cinco áreas estratégicas:

1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental.
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez.
3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones.
4. Fortalecimiento de los recursos humanos.
5. Robustecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

---

<sup>1</sup> Este artículo presenta los resultados de una investigación realizada por un equipo de investigación de la Universidad Nacional de Córdoba durante los años 2016 y 2017.

Con relación al ítem 1, en Argentina contamos con la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y la de la provincia de Córdoba n.º 9.848. Ambas sancionadas a fines de 2010. Asimismo, contamos con las respectivas reglamentaciones y planes de salud mental –en adelante, SM– acordes. Estas leyes contemplan las estrategias planteadas por OPS/OMS.

No obstante, la difusión de estas instancias es aún escasa. En 2014-2015, se llevaron a cabo tres encuentros de dos jornadas cada uno, convocados por la SPU (Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación) y CoNISMA (Comisión Nacional Interministerial de Políticas en SM y Adicciones, Dir. Nac. de SMYA), con la participación de 80 universidades públicas y privadas en carreras de Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Derecho, a los fines de elaborar “lineamientos para las universidades para adecuar la formación de profesionales a la Ley 26.657”.

Dichos lineamientos se basan en las *recomendaciones* emitidas por CoNISMA para las universidades, en función del art. 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental. El artículo dice:

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

Los ejes de las recomendaciones son los siguientes: enfoque de derechos, inclusión social, interdisciplina e intersectorialidad, y salud pública, compuestos de 28 subítems. Enfoque de derechos: 1) normativas, 2) principio de no discriminación, 3) representaciones en salud mental,

4) capacidad jurídica, 5) ética, 6) modelo social de la discapacidad, 7) perspectiva de género, 8) revisión de discursos hegemónicos sobre adicciones. Inclusión social: 9) interculturalidad, 10) participación comunitaria, 11) colectivos sociales vulnerados, 12) accesibilidad, 13) dispositivos sustitutivos del monovalente, 14) adultos mayores. Interdisciplina/intersectorialidad: 15) interdisciplina, 16) intersectorialidad, 17) relación salud/justicia, 18) comunicación y salud mental, 19) revisión de los procesos de patologización y uso inapropiado de medicamentos. Salud pública: 20) salud/salud mental, 21) gestión, 22) epidemiología, 23) realidad local, 24) determinantes sociales, 25) promoción de la salud mental, 26) enfoque comunitario y clínica de la subjetividad, 27) abordaje de consumos problemáticos, 28) intervenciones en la infancia.

Los resultados de esta investigación se articulan con un estudio previo realizado por el mismo equipo en el periodo 2014-2015 con similar relevamiento en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (en adelante, UNC), constituyendo una continuidad de dicha propuesta.

Por lo anteriormente señalado, el objetivo de la investigación fue realizar un diagnóstico de la formación de grado y posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC en torno a los contenidos y las competencias para las que se forman los estudiantes de las carreras de Medicina y Enfermería en función de los ejes que plantean las leyes de SM:

- Preservación y defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico.
- La desmanicomialización y el énfasis en la estrategia de atención primaria de la salud con acento en la promoción de la salud, que contempla como lineamientos básicos la interdisciplina, la intersectorialidad, la participación de las personas con sufrimiento psíquico y sus familiares, la desjudicialización, la reconstrucción y mantenimiento de lazos sociales y la formación de recursos humanos.

Las preguntas que orientaron el proyecto y que nos permitieron arribar a los resultados que presentamos en este artículo son las siguientes: ¿conocen los docentes las leyes 26.657 y 9.848 de Salud Mental?, ¿qué opinan de ellas?, ¿les interesaría recibir capacitación o participar en espacios de discusión sobre ellas?, ¿cómo definen la salud y los padecimientos psíquicos?, ¿qué contenidos de las materias aportan a la formación de los profesionales en relación con las leyes de SM?, ¿qué contenidos consideran que se podrían agregar a las materias para la adquisición de competencias acordes al nuevo paradigma de SM?, ¿qué actividades interdisciplinarias podrían pensarse para sus cátedras?, ¿qué abordajes intersectoriales consideran necesarios para las problemáticas que se tratan en las asignaturas?, ¿les interesaría brindar, a través de un servicio de extensión, capacitación a los agentes de salud mental?, ¿están dispuestas las autoridades de la facultad a apoyar los cambios?, ¿es posible adecuar los contenidos de los programas de las materias en relación con las problemáticas de SM?

Los objetivos generales y específicos que nos propusimos fueron los detallados a continuación.

Objetivos generales:

- Indagar en los docentes y las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC el conocimiento que poseen acerca de las leyes de SM n.º 26.657 y 9.848 y su disposición a realizar cambios en los contenidos de los programas que apunten a la adquisición de competencias en torno a ellas por parte de los alumnos.
- Sensibilizar a la comunidad educativa de las Escuelas de Medicina y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas para una reflexión sobre el cambio de paradigma que introducen las leyes de SM.

Los objetivos específicos fueron relevar los siguientes ítems:

- El conocimiento de los docentes y las autoridades sobre las leyes 26.657 y 9.848 de SM y su opinión sobre ellas.
- Las competencias necesarias para la implementación de prácticas acordes al nuevo paradigma.
- Los contenidos que podrían incorporar las materias para la adquisición de competencias.
- La factibilidad del dictado de cursos y actividades de posgrado y extensión dirigidos a los agentes de salud.

## **Enfoque metodológico**

El proyecto se encuadró dentro de un diseño cuali-cuantitativo de tipo descriptivo. Se trabajó con documentos (programas) y fuentes primarias de información.

Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas a docentes de cátedras afines y a autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas (Escuelas de Medicina y Enfermería) de la UNC de tipo semidirigidas. La población estuvo constituida por todos los docentes y las autoridades de la facultad, y la muestra, por quienes aceptaron realizar la entrevista como representantes de las cátedras afines. Muestra no probabilística intencional. Para la confección del instrumento, se utilizaron las categorías y los ítems de las recomendaciones, que permitieron el estudio de las respuestas.

Para realizar el estudio de los datos cualitativos provenientes de las entrevistas, utilizamos el análisis comparativo constante de Glasser y Strauss (en Vasilachis de Gialdino, 2006). Strauss define sus procedimientos básicos en recolección de datos, codificación y reflexión analítica en notas desde los datos mismos, que nos proveen explicaciones, interpretaciones y aplicaciones relevantes. Es una estrategia para controlar los datos en investigación proveyendo modos de conceptualización para describir, explicar y comprender. Este procedimiento se basa en “descubrir” desde

los registros grupos analíticos de datos, conformados por lo que Glasser y Strauss llamaron “códigos”, “categorías” y “memos”.

### **Análisis de la formación en las carreras de Medicina y Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba para la adecuación al paradigma de salud mental. Estudio de los programas de los planes de estudio**

#### **Enfoque de derechos**

En relación con las recomendaciones planteadas en este eje y sus subdimensiones, realizamos un análisis de los programas de las asignaturas obligatorias de las carreras de grado. En Medicina encontramos contenidos vinculados a normativas en Salud Comunitaria I y III y a no discriminación en Salud Comunitaria II. Representaciones en SM y capacidad jurídica no aparecen en ninguna materia. Ética se encuentra en Salud Comunitaria I y II y en Medicina Social. El modelo social de la discapacidad se aborda en Medicina Preventiva y Social. No se describe ningún contenido en cuanto a las subdimensiones de género y revisión de discurso hegemónico sobre adicciones.

En Enfermería las normativas están mencionadas en Salud Mental y Psiquiatría y en Deontología. La no discriminación, en Deontología. Representaciones en SM está contemplada en los programas de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y en Psicología de las Personas y Grupos. Capacidad jurídica aparece en Salud Mental y Psiquiatría, y ética, en Salud Mental y Psiquiatría y en Deontología. El modelo social de la discapacidad se puede hallar en Salud Mental y Psiquiatría. De la problemática de género se habla en Psicología de las Personas y Grupos y en Sociología. Al cambio de paradigma en adicciones se hace mención en Salud Mental y Psiquiatría y en Psicología de las Personas y Grupos.

## Inclusión social

En Medicina la interculturalidad se incluye en Medicina Antropológica, y la participación comunitaria, en Salud Comunitaria I, en Medicina Preventiva y en Medicina Social. El tema de los colectivos sociales vulnerados aparece en Medicina Antropológica, y accesibilidad, en Salud Comunitaria III. Los dispositivos sustitutivos del monovalente no figuran en ninguna materia. Por su parte, la temática de adultos mayores se aborda en Salud Comunitaria II y en Medicina Preventiva.

En Enfermería, la interculturalidad se menciona en Psicología II, Deontología y Sociología, mientras que participación comunitaria aparece en Salud Comunitaria, Psic. de Personas y Grupos y en Educ. para la Salud. De colectivos sociales vulnerados se habla en Salud Mental y Psiquiatría, en Psic. de Personas y Grupos y en Psicología II y III. La accesibilidad y los dispositivos sustitutivos del monovalente se pueden encontrar en Salud Mental y Psiquiatría y Psic. de Personas y Grupos, al igual que el tema de adultos mayores.

## Interdisciplina e intersectorialidad

En Medicina, con respecto a este ítem, encontramos que interdisciplina e intersectorialidad se encuentran en Salud Comunitaria I y II y en Salud Mental, mientras que la relación salud-justicia se menciona en Medicina Legal. Comunicación y SM no está en ninguna materia, pero revisión de los procesos de patologización se puede encontrar en Medicina Social.

En Enfermería, encontramos interdisciplina en Salud Comunitaria, Salud Mental y Psiquiatría, Psic. de Personas y Grupos, y Psicología III. Intersectorialidad está en las tres primeras y en Psicología II. Relación salud-justicia, en Deontología. Sobre comunicación y SM se habla en Psic. de Personas y Grupos, mientras que la revisión de procesos de patologización se puede hallar en Psiquiatría y Salud Mental y en Sociología.

## Salud pública

Con respecto a este ítem, en Medicina encontramos el contenido sobre salud/salud mental en Salud Mental (ex-Psiquiatría), Salud Comunitaria I y III y en Medicina Preventiva I y II. Gestión es abordada en Salud Comunitaria II y Salud Preventiva II. Epidemiología, en Salud Comunitaria I, II y III y en Salud Preventiva II. Sobre determinantes sociales se habla en Salud Comunitaria I y II, Salud Preventiva I, Antropología y Medicina Social. Promoción de la SM se puede hallar en Salud Comunitaria I y III, Antropología, Medicina Social y Medicina Legal. Enfoque comunitario de la SM no se encuentra en ninguna materia. El tema de consumos problemáticos aparece en Medicina Preventiva, Social y Legal, e intervenciones en la infancia, en Salud Comunitaria II, Salud Preventiva II y Antropología, mientras que realidad local, en Comunitaria I y II y en Antropología.

En Enfermería, salud/salud mental se puede encontrar en Salud Mental y Psiquiatría y en Psic. de Personas y Grupos. Con respecto a gestión se habla en Salud Mental y Psiquiatría, Educación para la Salud y Epidemiología. En la subdimensión Epidemiología, cuentan con una materia específica y además se incluye en Salud Mental y Psiquiatría y en Estadística I y II. Los determinantes sociales se abordan en Salud Comunitaria, Salud Mental y Psiquiatría, Educación para la Salud, Sociología y Epidemiología, y la promoción de la SM, en Salud Comunitaria, Salud Mental y Psiquiatría, y Psicología de Personas y Grupos. La temática de consumos problemáticos se puede hallar en Psicología de Personas y Grupos. Intervenciones en la infancia no figura en ninguna materia. Por último, realidad local está en Salud Comunitaria, Salud Mental y Psiquiatría y Deontología.

## **Análisis de las entrevistas**

Las entrevistas fueron realizadas a docentes de materias afines a la SM. En Enfermería se entrevistó a las docentes de Psicología de Personas y Grupos I y II. En Medicina, a docentes de Medicina Legal, Salud Comunitaria I, II y III, Medicina Preventiva, Medicina Psicosocial, Medicina Antropológica y Salud Mental.

Se observa en las entrevistas la presencia de referencias estigmatizantes a las personas con padecimientos psíquicos. Se percibe la salud mental en general como un campo separado de la salud, a pesar de que la mayoría se expresa a favor de la salud integral.

Algunas cátedras refieren una discusión interna en relación con las leyes de SM.

Todos se manifestaron a favor de la interdisciplina y la intersectorialidad, aunque no es una práctica habitual, como así también acordaron con la concepción de determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

Aparecen también comentarios críticos contra el Estado y sus políticas de salud, así como contra la formación universitaria, señalando la necesidad de cambios metodológicos para integrar teoría y práctica.

En Enfermería se encuentran en proceso de implementación de un nuevo plan de carrera, que, según lo expresado por las entrevistadas, pasaría de un enfoque biologista a uno social, pero no se obtuvo más detalles sobre el nuevo plan.

## **Conclusiones**

Los contenidos de las recomendaciones se hallaron representados en un 40 por ciento en los programas. Algunos opinaron que la Ley de SM no se estaba aplicando y que eso es responsabilidad del Estado. Las entrevistas realizadas reflejaron un desconocimiento de la Ley de SM en su

mayoría, o un conocimiento superficial. Las temáticas más presentes y aceptadas fueron los determinantes sociales de la salud, el equipo interdisciplinario, la internación en hospitales generales y la perspectiva de derechos. La menos representada fue la relación salud-justicia.

Para lograr una adecuación del currículo de formación de las carreras de Medicina y Enfermería al nuevo paradigma que proponen las leyes de SM, es necesaria, además de un cambio en el contenido de las materias de la carrera, una modificación en la metodología de enseñanza. Este nuevo paradigma se presenta como un modelo transformador de las prácticas y concepciones en SM, para lo cual es indispensable propiciar habilidades y competencias en los futuros profesionales, a fin de que su accionar sea acorde a los principios de las políticas públicas en SM. Se entiende por "competencia" la capacidad o habilidad de efectuar tareas o hacer frente a situaciones diversas de forma eficaz en un contexto determinado. Y para ello se debe movilizar actitudes, habilidades y conocimientos de forma simultánea (Zabala y Arnau, 2007). Para realizar un cambio en la formación de profesionales de la SM, se considera necesario que esta apunte a combinar la adquisición de conocimientos y el aprendizaje de competencias. Para esto, resulta relevante el modelo de aprendizaje por comprensión. Comprender es la habilidad de pensar y actuar con flexibilidad a partir de lo que uno sabe (Perkins). En concordancia con esto, se requiere no solo que el diseño de los programas de las materias ofrezca información, sino también que sus contenidos involucren a los estudiantes en constantes espirales de indagación que los lleven desde un conjunto de respuestas hacia preguntas más profundas que revelen conexiones entre el tópico que se está tratando y otras ideas, preguntas y problemas fundamentales. Esto ubica a los docentes en un lugar de facilitadores y entrenadores de habilidades que son necesarias para el ejercicio de la profesión en el contexto actual.

A partir de todo lo expuesto, consideramos que los estudiantes deben aprender a desenvolverse como profesionales capaces de identificar y resolver problemas, de comprender el impacto de su actuación profesional y las responsabilidades éticas que implica. Esto permitiría interpretar datos y diseñar estrategias en relación con lo planteado en las recomendaciones para las universidades y los principios rectores de las leyes de SM.

Como científicos psicosociales, reconocemos que, además de las políticas de gobierno, es imprescindible un cambio cultural tanto en la comunidad como en los profesionales del campo de la salud mental. Ello implica transformar las representaciones sociales de la “enfermedad mental” y las significaciones que las impregnan. Ambas constituyen una orientación hacia la acción en la vida cotidiana y en las prácticas en salud.

## Bibliografía

- Alfaro, J., Sánchez, A. y Zambrano, A. (2012). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales*. Paidós. Buenos Aires.
- Araújo Hartz, Z. M. y Vieira da Silva, L. M. (2009). *Evaluación en salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Colomer Revuelta, C. y Álvarez, C. (2009). *Promoción de la salud y cambio social*. Masson. Buenos Aires.
- CoNISMA (2014). *Recomendaciones para las universidades*.
- Cucco García, M. (2006). *Pro CC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista*. Atuel. Buenos Aires.
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- Dávila, A. (2015). Reflexiones acerca de la Psicología y lo Sanitario. Apunte de cátedra, Facultad de Psicología, UNC.
- Dávila, A. (2015). Principales concepciones sobre el Estado y sus funciones. Ap. de cátedra, Ps. Sanitaria, Fac. de Psicología, UNC.
- De Lellis, M. y cols. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Paidós. Buenos Aires.
- De Quiroga, A. P. (1985). *Enfoques y perspectivas en Psicología Social*. Ed. Cinco. Buenos Aires.
- De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Fernández Ríos, L. (1993). *Manual de Psicología Preventiva*. Siglo XXI Editores. Madrid.
- Gonçalves, M. G. M. (2010). *Psicología, subjetividades e políticas públicas*. Cortez Editora. Sao Paulo.
- Labiano, M. (2005). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Ed. Thomson. México.
- Maceira, D. (comp.) (2007). *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Paidós. Buenos Aires.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Paidós. Buenos Aires.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*. Anthropos. Buenos Aires.
- Niremberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2005). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Paidós. Buenos Aires.
- OPS/OMS (2005). *Políticas, Planes y Programas de Salud Mental*. Edimsa.
- OPS/OMS (2009). *Estrategia y Plan de acción sobre salud mental*. Washington D. C.
- OPS/OMS (2011). *Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental*. Washington D. C.

- Pichon Riviere, E. (1984). *Del psicoanálisis a la Psicología Social*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Páez, D. y cols. (1986). *Salud mental y factores psicosociales*. Ed. Fundamentos.
- Rodríguez, J. (comp.) (2009). *Salud mental en la comunidad*. Caps. XI y XII. OPS/OMS.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria* (pp. 80-104). Paidós. Buenos Aires.
- Saforcada, E. y Castilla Sarriera, J. (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología Comunitaria*. Paidós. Buenos Aires.
- Saforcada, E. y cols. (2001). *El factor humano en la Salud Pública*. PROA XXI. Buenos Aires.
- Saforcada, E., De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Paidós. Buenos Aires.
- Solar, O. e Irwin, A. (2006). Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- SPU-CoNISMA (2015). Lineamientos para adecuar la formación de los profesionales a la Ley 26.657 de SMYA.
- Suárez Herrera, J. C., O'Shanahan Juan, J. J. y Serra Majem, L. (2009). La participación social como estrategia central de la nutrición comunitaria. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, n.º 6, Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
- Testa, M. (1994). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa. Barcelona.
- Zabala, A. y Arnau, L. (2007). *11 ideas clave. Cómo aprender y enseñar competencias* (vol. 3). Madrid: Graó.

## Documentos y leyes

- Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y Decreto Reglamentario (2010-2013).

Ley de Salud Mental de la Provincia de Córdoba n.º 9.848 y  
Decreto Reglamentario (2010-2013).  
MSAL-Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.  
Plan Nacional de Salud Mental (2013).

# La adecuación de las universidades a la Ley Nacional de Salud Mental<sup>1</sup>

ROXANA AMENDOLARO

## Introducción: contexto general que plantea la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657

Desde finales de 2010, Argentina cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Esta es el resultado de un proceso plural y colectivo de trabajo, debate y aportes de una gran diversidad de actores sociales, entre los que pueden mencionarse organismos de derechos humanos gubernamentales y de la sociedad civil, organizaciones de personas usuarias y de familiares, organizaciones de trabajadoras/es de la salud, universidades, referentes del campo de la salud mental, los derechos humanos y la justicia nacionales e internacionales, además del trabajo realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

La Ley Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos, como fuera bautizada colectivamente en algún momento del proceso, tiene como antecedente en nuestro país una extensa y prolífica historia de producciones teóricas, acciones en políticas públicas, prácticas con base comunitaria y legislaciones que se fundamentaron en el pleno reconocimiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental como sujetos de derecho, es decir, en igualdad de condiciones con el conjunto de la ciudadanía. Como uno de los hitos históricos, debemos mencionar lo acontecido

---

<sup>1</sup> Este artículo es una versión ampliada sobre la base de una publicación disponible en el libro *Inclusión mental: hacia la democratización de saberes*, compilado por Yago Di Nella y publicado por la Editorial Copalqui.

en nuestra propia provincia. En 1991, Río Negro aprobó la Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura que seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales.

Recogiendo esta historia, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental marcó un hito en el camino de desandar el paradigma, todavía hegemónico en Argentina, que se basa en la concepción de que las personas usuarias de los servicios de salud mental son objetos de tutela y protección y de que deben ser sustituidas en la toma de sus decisiones. Asimismo, reconoce el derecho de todas las personas a acceder a la atención integral en salud mental de acuerdo a sus necesidades, en un marco de igualdad y no discriminación.

Este cambio de paradigma, de objeto de tutela a sujeto de derecho, es consecuente con la ampliación de derechos civiles para numerosos sujetos sociales, entre los que podemos mencionar a los niños, las niñas y los adolescentes, las mujeres, las personas que integran colectivos por la diversidad sexual, las personas migrantes, los adultos mayores, entre otros grupos.

Aunque el reconocimiento de la condición de sujetos de derecho para estos grupos sociales tiene respaldo en la normativa internacional de derechos humanos y aunque, desde la reforma constitucional de 1994, dicha normativa tiene jerarquía constitucional en nuestro país, es en los últimos años cuando este proceso de ampliación de los derechos civiles se ha ido consolidando.

Asimismo, también hubo avances fundamentales en la ampliación de derechos para las personas con discapacidad. Entre ellos, el más importante fue la aprobación como Ley Nacional n.º 26.378, en 2008, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cabe destacar que tal ley cuenta con jerarquía constitucional desde diciembre de 2014. Su sanción constituyó un paso adelante para promover, proteger y asegurar el goce pleno y en

condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad. La convención establece que, en lugar de privar al usuario de los servicios de salud mental de su capacidad legal e instalar un tutor o curador para que cuide sus intereses, deben crearse condiciones que ayuden a que pueda obrar con impulsos propios. En palabras de una persona exusuaria de los servicios de salud mental, se trata de generar políticas públicas y normativas que promuevan la asunción del riesgo de tomar las propias decisiones, de andar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades.

Durante décadas nuestro país se había caracterizado por una política en salud mental fuertemente orientada a la institucionalización en centros de internación, que destinaba la mayor parte del presupuesto y los recursos disponibles a los hospitales psiquiátricos. Para septiembre de 2007, se estimaba que en nuestro país aún existían alrededor de 25.000 personas en centros de internación de salud mental (66 % en el sistema público, y 33 % en el privado). En promedio, más de un 80 % de estas personas permanecía internada durante más de un año, y otras lo habían estado de por vida (Di Nella y cols., 2011; Mental Disability Rights International [MDRI] y Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2008). Aproximadamente, el 70 % de ellas continúa institucionalizada en hospitales psiquiátricos por haber perdido sus lazos sociales, por encontrarse en situación de pobreza y desamparo social y familiar, y por la aún insuficiente existencia de dispositivos comunitarios que garanticen su atención y reinserción social evitando la prolongación indefinida e injustificada de la internación. A modo de ejemplo de esta situación, cabe señalar que en la Ciudad de Buenos Aires los tiempos de internación van desde los 3 meses hasta los 66 años, y el promedio de internación es de 9 años.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ob. cit.

Sin embargo, es importante destacar que en Argentina se viene impulsando desde el Estado y distintas organizaciones de la sociedad civil un proceso de transformación gradual y progresivo del sistema de salud mental. Con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental<sup>3</sup> en 2010 y su decreto reglamentario en mayo de 2013, conjuntamente con la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, se consolidó un nuevo escenario, fortalecido por la presencia de múltiples actores comprometidos con la defensa de la dignidad y los derechos de todas las personas. En la actualidad es de destacar el proceso de transformación institucional que se está llevando a cabo en la Pcia. de Buenos Aires.

Otro dato que debe considerarse es el de la población que requiere atención en salud mental y no llega a recibirla. Esta cifra alcanza el 50 % en los países desarrollados y el 85 % en los países en vías de desarrollo (OPS-OMS, 2009).

Por tales motivos, es importante destacar que la atención de la salud mental en la comunidad es posible, y diversas experiencias en el mundo dan cuenta de ello. Un estudio británico realizado con personas que recibían atención en salud mental en sistemas comunitarios arrojó las siguientes cifras. Cuando las personas estaban fuera de los hospitales y sufrían una nueva crisis, del total, 40 % llegaban a la consulta de atención primaria. De ese 40 %, el 80 % pudo resolverse en ese mismo nivel y el 20 % entró en el sistema de atención psiquiátrica. De estos últimos, solo el 20 % requirió una internación mayor. O sea que solamente un 0,5 % del total necesitó internaciones de más de nueve días, por lo que la cama fue un recurso excepcional.<sup>4</sup>

En este sentido, la Ley de Salud Mental reconoce el derecho de las personas usuarias a ser parte de la comunidad, a la rehabilitación, a la toma de decisiones informadas para todo tratamiento y a decidir si quieren o no recibirlos.

---

<sup>3</sup> Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Disponible en [bit.ly/3Kb91kg](http://bit.ly/3Kb91kg).

<sup>4</sup> Ob. cit.

La ley no solo impulsa la creación de dispositivos comunitarios de atención ambulatoria, sino que también prevé la fundación de un órgano independiente e intersectorial de revisión de las internaciones involuntarias. Finalmente, prohíbe la creación de nuevas instituciones manicomiales y promueve la progresiva desinstitucionalización de las personas alojadas en centros de internación mediante su atención integral en hospitales generales y otros dispositivos de salud mental, integrados en un esquema de atención primaria de la salud.

Si nos referimos ahora al estigma social, es importante señalar que aquello que comúnmente llamamos “locura” es el resultado de una construcción social. No se trata de ningún hecho dado ni menos aún objetivable. A lo largo de la historia, cada sociedad fue definiendo qué era lo normal y lo patológico, qué era la salud y la enfermedad. Eso que nuestra sociedad nomina como “locura” de ninguna manera define de una vez y para siempre lo que una persona es o puede hacer, en todo caso nos habla de un acontecimiento transitorio que afecta parcialmente su vida. Pero, al mismo tiempo, y con los apoyos necesarios, esa misma persona podrá seguir adelante con su vida, podrá casarse, tener hijos, trabajar o hacer todo aquello que ella decida que es lo mejor para sí misma.

### **Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, art. 33.º**

En el marco del proceso de transformación del sistema de salud mental, para lograr implementar los objetivos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental y el reconocimiento efectivo de la condición de sujetos de derecho de las personas usuarias de servicios de salud mental, uno de los ejes fundamentales es la formación de los profesionales

en el campo de la salud mental. En particular, el artículo 33.º establece que

la Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas (Derecho, Enfermería, Medicina, Psicología y Trabajo Social) sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en especial para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país<sup>5</sup>.

Por ello deberá realizarse una revisión crítica de los perfiles y roles profesionales con el objetivo de que la formación esté íntimamente vinculada a las necesidades de la población e incorpore la complejidad que el abordaje de dichas necesidades involucra.

En este contexto, a fin de dar cumplimiento a dicho artículo, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones<sup>6</sup> ha elaborado un documento que contiene lineamientos específicos para adecuar la formación de los profesionales a la Ley Nacional de Salud Mental. Este documento es el resultado de un proceso de consulta y discusión llevado a cabo con especialistas, autoridades provinciales del ámbito de la salud mental, organizaciones de la sociedad civil, sociedades profesionales y organismos de gobierno.

El documento de lineamientos comienza subrayando lo siguiente:

---

<sup>5</sup> Comisión Nacional Interministerial de Políticas de salud Mental y Adicciones: Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas, Artículo 33.º de Ley 26.657.

<sup>6</sup> Ob. cit.

Considerando que el paradigma transformador en que se enmarca la Ley Nacional n.º 26.657 se basa en principios rectores que deben orientar de forma integral los contenidos de los procesos de formación de los futuros profesionales y técnicos universitarios que intervienen en el campo de la salud mental, acorde a las necesidades de la población, se RECOMIENDA la *adopción del enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina* como ejes transversales para la formación, extensión e investigación<sup>7</sup>.

Para lograrlo, se señala la importancia de que los planes de estudio incluyan como parte de sus contenidos curriculares

el análisis de las normativas vigentes, que son de cumplimiento obligatorio para todo el país y que componen el sistema internacional de los derechos humanos (convenciones y tratados internacionales con rango constitucional, declaraciones, informes de relatoría de Organismos internacionales, fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, leyes nacionales y provinciales)<sup>8</sup>.

Asimismo, referido al principio de no discriminación, se recomienda

problematizar en las instancias de formación, extensión e investigación el rol profesional, las representaciones, prácticas y políticas atravesadas por estereotipos, prejuicios y estigmas con implicancias en el plano de la salud, tales como la supuesta peligrosidad e irreversibilidad del padecimiento mental, que se traducen en conductas discriminatorias y/o manifestaciones de violencia institucional<sup>9</sup>.

Seguidamente, el documento se refiere al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. En este marco también deben destacarse los

---

<sup>7</sup> Ob. cit.

<sup>8</sup> Ob. cit.

<sup>9</sup> Ob. cit.

avances de los últimos años en la ampliación de derechos para las personas con discapacidad. La aprobación en mayo del 2008 como Ley Nacional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad –en adelante, convención– y su jerarquía constitucional desde 2014 han sido unos de los más importantes. La sanción de esta ley constituyó un paso adelante para promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad.

La convención se funda en el “modelo social” de la discapacidad y en la lucha de las propias personas con discapacidad para autoafirmarse como ciudadanos con igual dignidad y valor que los demás. La dignidad como valor ha sido un factor crucial en el pasaje hacia una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos. Debido a su invisibilidad, estas personas frecuentemente han sido tratadas como objetos a los que había que proteger o compadecer. El cambio fundamental se produjo cuando comenzaron a verse a sí mismas y a ser vistas como sujetos de derecho y no como objetos (Quinn y Degener, 2002).

El modelo social subraya que lo concebido como discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales. Asimismo, señala que las discapacidades son producto del encuentro entre personas que experimentan un determinado impedimento y barreras sociales que limitan su capacidad para participar en condiciones de igualdad en la sociedad. En consecuencia, la convención determina que los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la participación efectiva de estas personas en cada una de las actividades de la vida en comunidad.

Es así que, para garantizar el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, en el documento se recomienda

el conocimiento y análisis de las normativas y procedimientos institucionales que permiten garantizar el ejercicio de la

capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental en tanto sujetos de derecho y el conocimiento de los roles, responsabilidades y prácticas que atañen a los profesionales que se desempeñan en las instituciones sanitarias y judiciales que intervienen en la evaluación y el desarrollo de equipos y sistemas de apoyo

y el fortalecimiento “de los contenidos que abordan el problema de la discapacidad como problemática socio-sanitaria a partir del modelo social establecido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”<sup>10</sup>.

Con el objetivo de fortalecer la participación comunitaria y la promoción de la inclusión social de las personas usuarias de servicios de salud mental, otro aspecto que se resalta es la importancia de adoptar enfoques y herramientas

que promuevan el fortalecimiento colectivo y la participación comunitaria, sin perjuicio del rol indelegable del Estado, para el diagnóstico y solución de las problemáticas de salud mental de las comunidades y la promoción de la autonomía de las personas en su relación con el sistema de salud<sup>11</sup>.

En el mismo sentido, y teniendo en cuenta que el artículo 27.º de la Ley Nacional n.º 26.657 señala expresamente que “queda prohibida [...] la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos u otras instituciones de internación monovalentes públicos o privados” y que el artículo 11.º indica que

se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, atención

---

<sup>10</sup> Comisión Nacional Interministerial de Políticas de salud Mental y Adicciones: Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas Artículo 33 Ley 26.657, *supra*.

<sup>11</sup> Ob. cit.

domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas,

en el documento se recomienda

habilitar y fortalecer las prácticas pre-profesionales, de extensión y de posgrado de carácter interdisciplinarias en dispositivos sustitutos de las instituciones monovalentes, incluyendo aquellos que se desarrollan en organizaciones de la sociedad civil, a fin de aprender distintas estrategias y herramientas del trabajo en red, incluyendo recursos de apoyo para la vida en comunidad<sup>12</sup>.

Finalmente, y entre otros aspectos también relevantes, se resalta la importancia de promover el trabajo interdisciplinario. El art. 3.º de la Ley Nacional de Salud Mental establece que

en el marco de [esta] ley se reconoce a la salud mental 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.

Por él se recomienda “el estudio y la práctica del trabajo interdisciplinario, habilitando proyectos de extensión e investigación conjunta entre distintas unidades académicas”<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Ob. cit.

<sup>13</sup> Ob. cit.

## El nuevo plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue

En el año 2012, mediante la Ordenanza 1.031/12, la Universidad Nacional del Comahue aprobó un nuevo plan de estudios para la Licenciatura en Enfermería. Como parte de su marco conceptual, este subraya que “el núcleo de la disciplina de enfermería es el *cuidado de la experiencia de salud de los seres humanos*”<sup>14</sup>. Asimismo, establece que el sujeto de cuidado es la persona, individual y colectiva, como integrante de un contexto ambiental con el que interacciona y del que depende su condición de salud, desarrollada en escenarios de interrelación entre componentes políticos, culturales, biológicos, ambientales, psicológicos e histórico-sociales<sup>15</sup>.

Dichos postulados pueden articularse con el recientemente mencionado art. 3.º de la Ley Nacional de Salud Mental y el reconocimiento de la salud mental como un proceso –y no como un estado– plurideterminado por inscripciones históricas, socioeconómicas, culturales, biológicas y psicológicas, y con el acceso efectivo a sus derechos fundamentales de todas las personas. Es así que el cuidado de la experiencia de salud de las personas debe partir, necesariamente, de los campos de problemas sobre los que se pretende intervenir, y no a la inversa.

En igual sentido, el nuevo plan define que el rol disciplinar de la enfermería es el cuidado de la salud de las personas, entendiendo este como la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas –en un determinado contexto– a problemas de salud reales o potenciales. Es por ello por lo que, para mantener la salud, se deben identificar factores de protección, lo que incluye la práctica y

---

<sup>14</sup> Universidad Nacional del Comahue. *Nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*. Disponible en [bit.ly/3Mn1OPW](http://bit.ly/3Mn1OPW).

<sup>15</sup> Ob. cit.

supervisión de funciones y servicios que directa o indirectamente tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo del potencial de salud<sup>16</sup>.

El cuidado enfermero involucra

una relación interpersonal de ayuda, basada en un contrato entre la/el enfermera/o y las personas que requieren la atención, dirigida a administrar cuidados para satisfacer las necesidades de salud (individuales, familiares, grupales, comunitarias), a lo largo de todo su ciclo vital, [...] en todas las etapas del proceso salud/enfermedad y en los tres niveles de prevención:

-1er. Nivel de prevención: acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad;

-2do. Nivel: de recuperación de la salud (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno);

-3er. Nivel: de rehabilitación, resocialización y acompañamiento ante la muerte.

Cuando se reconoce a los sujetos de cuidado como sujetos de derecho, *más una consideración especial de acuerdo al momento del desarrollo en que se encuentran*, se asume una concepción de cuidado vinculada con la interdependencia, como encuentro entre sujetos autónomos con capacidades diferenciales. Se asume, entonces, que todas las personas necesitamos cuidar y ser cuidadas.

En consecuencia, las prácticas de cuidado enfermero desde la mencionada perspectiva requerirán competencias profesionales, entrenamiento, investigación, creatividad y compromiso, caracterizado por un enfoque holístico e integral. Para lograrlo la formación profesional deberá incluir contenidos teóricos atinentes a los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales.

---

<sup>16</sup> Universidad Nacional del Comahue. *Nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*.

Cabe destacar aquí lo establecido en el art. 7.º de la Ley 26.657, inciso D, referido a los derechos de las personas con padecimiento mental. Allí se determina que todas las personas tienen “derecho a recibir tratamiento y a ser tratados con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”.

Dicho enfoque holístico e integral solo será posible si, tal como subraya el nuevo plan, las situaciones de salud-enfermedad de las personas, los grupos sociales y la comunidad se resuelven mediante la actuación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales, de los que la disciplina de enfermería, por supuesto, es parte constitutiva.

Sobre esta cuestión, el art. 8.º de la Ley Nacional de Salud Mental establece que

debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes<sup>17</sup>.

En referencia a los ámbitos de aplicación del cuidado enfermero, el nuevo plan señala que estos serán todos los lugares y ambientes cotidianos donde haya personas que necesiten del cuidado de su salud y la promoción de la vida, teniendo en cuenta el contexto sanitario, político-económico, social y cultural de la región y del país<sup>18</sup>.

En concordancia con ello, el art. 7.º de la Ley 26.657, inciso A, establece el “derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos

---

<sup>17</sup> Ob. cit.

<sup>18</sup> Universidad Nacional del Comahue. *Nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*.

necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud”.

Con respecto a la perspectiva de derechos, el nuevo plan establece que es inherente a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a su dignidad, a la diversidad, sin hacer distinción alguna fundada en consideraciones de edad, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, etnia o condición social.

Los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todas las personas tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna.

Todos los derechos humanos, sean estos los derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley y la libertad de expresión, los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho al trabajo, la seguridad social y la educación, o los derechos colectivos, como los derechos al desarrollo y la libre determinación, son derechos indivisibles, interrelacionados e interdependientes. El avance de uno facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás<sup>19</sup>.

Finalmente, subraya el nuevo plan, la formación les debe permitir a las/os egresadas/os intervenir profesionalmente con una visión humanística y ética, reconociendo la multicausalidad e integralidad de los factores intervinientes en la satisfacción de las necesidades humanas, para cumplir con el objetivo social de “Cuidar la salud”.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Naciones Unidas, Derechos Humanos. *En qué consisten los derechos humanos*. Disponible en [bit.ly/3tsBL19](http://bit.ly/3tsBL19).

<sup>20</sup> Universidad Nacional del Comahue. *Nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería*.

Retomando una vez más la Ley Nacional de Salud Mental, afirmamos nuevamente que no es posible garantizar el acceso a la salud ni a la salud mental si no se respetan los derechos fundamentales de las personas. No hay posibilidad material de salud ni salud mental sin la garantía de dichos derechos.

## **Cuidados enfermeros en salud psicosocial**

En el marco del proceso de adecuación curricular de las universidades públicas y privadas a la Ley Nacional de Salud Mental, y en el contexto de implementación del nuevo plan de estudios para la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue, vigente desde 2012, se quiere destacar ahora la experiencia de la asignatura “Cuidados enfermeros en salud psicosocial”. La mencionada asignatura corresponde al segundo año de la carrera en el nuevo plan.

De acuerdo a lo establecido por este, esta materia debe promover en el estudiante la comprensión de la salud mental de las personas bajo cuidado, valorando factores de riesgo psicológico y medioambiental de las personas, los grupos sociales y las comunidades, y planificando intervenciones de prevención, recuperación y reinserción social a lo largo del ciclo vital. Asimismo, debe impulsar la aplicación de los enfoques de riesgo, intercultural, de género, epidemiológico, bioético, e integral en el abordaje de la problemática de la salud mental y las enfermedades psiquiátricas para la valoración y planificación de cuidados enfermeros<sup>21</sup>.

En particular, el programa de la asignatura destaca como parte de sus fundamentos que, para poder avanzar en la elaboración y planificación de intervenciones desde la práctica enfermera, tanto de prevención, como de

---

21 Ob. cit.

recuperación o reinserción social de personas cuya salud mental ha resultado afectada, se considera que debe comenzarse por la elucidación crítica de los procesos de producción de subjetividad en su dimensión sociohistórica. Es fundamental que las/os estudiantes de Enfermería recuperen preguntas acerca de cómo han construido nuestra sociedad y otras sus definiciones acerca de lo bueno, lo malo, lo femenino, lo masculino, la salud, la enfermedad, la locura, lo peligroso, entre otras, qué batallas por el sentido, intereses o *a priori* conceptuales guiaron la construcción de dichas definiciones en diferentes momentos históricos.

En el mismo sentido, la práctica enfermera debe tomar en cuenta la perspectiva de derechos, el marco normativo vigente en materia de derechos humanos y salud mental tanto a nivel nacional como internacional y, en igual orden de importancia, el estado de situación actual referido a las personas usuarias de salud mental. Ya que se trata de un grupo que históricamente ha sido invisibilizado y marginado del ejercicio de sus derechos fundamentales. El modelo de atención en salud mental aún vigente ha llevado a que estas personas hayan sido y en muchos ámbitos aún sean

- obligadas a someterse a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad,
- concebidas como objetos de tutela y protección negando su capacidad para tomar decisiones e insertarse en la comunidad,
- hospitalizadas durante largos períodos en grandes centros de internación donde sufren la ruptura de sus lazos sociales,
- medicadas innecesariamente o en forma excesiva,
- socialmente estigmatizadas y por esto restringidas en sus derechos fundamentales, como, por ejemplo, trabajar, estudiar, casarse, votar, tener hijos.

La lógica del modelo, que, por otro lado, también afecta a familiares y agentes de salud, conduce a destinar gran

parte de los recursos en salud mental a una hospitalización que en muchas oportunidades excluye a las personas de su entorno, favoreciendo, paradójicamente, la cronicidad, el deterioro, la discapacidad y la segregación social.

Asimismo, es muy importante que las/os estudiantes de Enfermería se interioricen acerca del proceso de reforma del sistema de salud mental que, desde hace varios años en Argentina, se viene impulsando desde el Estado y distintas organizaciones de la sociedad civil<sup>22</sup>. Se han dado pasos muy importantes, pero la implementación de cambios es paulatina, y requiere tiempo y esfuerzo, ya que se debe modificar un escenario por demás complejo.

Como se señaló más arriba, para septiembre de 2007, se estimaba que en nuestro país aún existían alrededor de 25.000 personas en centros de internación de salud mental (66 % en el sistema público y 33 % en el privado). En promedio, más de un 80 % de estas personas permanecía internada durante más de un año, y otras lo habían estado de por vida (Di Nella y cols., 2011; Mental Disability Rights International [MDRI] y Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2008). Aproximadamente, el 70 % de estas personas continúa institucionalizada en hospitales psiquiátricos por haber perdido sus lazos sociales, encontrarse en situación de pobreza, desamparo social y familiar, y por la aún insuficiente existencia de dispositivos comunitarios que garanticen su atención.

---

<sup>22</sup> En 2005 se creó la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Se trata de un espacio intergubernamental e intersectorial, inicialmente impulsado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la entonces Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación (hoy Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Se propone con el objetivo de promover una política pública en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos como base ético-legal, e impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de buenas prácticas en salud mental. Desde febrero de 2010, el INADI forma parte de ella.

De la misma forma, en diferentes centros de internación en nuestro país, se pudieron constatar graves hechos de abuso y negligencia en el trato brindado a las personas internadas: muertes no investigadas, privación sensorial mediante aislamiento y actos de violencia física y sexual. Se ha hecho evidente, además, una importante falta de recursos, el mal estado de las instituciones y la insuficiencia de mecanismos de supervisión pública.

En este sentido, el planteo de esta asignatura presupone que, para implementar cuidados enfermeros de salud psicosocial, el punto de partida deberían ser los campos de problemas sobre los que se debe intervenir y no los conceptos. Así, por un lado, se hace necesario interrogar las modalidades de aproximación –unidisciplinaria, multidisciplinaria, interdisciplinaria e intersectorial (técnicas/os, usuarias/os, familiares, activistas)–, y, por otro, desde un criterio de problematización recursiva, muchos conceptos y perspectivas resultan redefinidos y ampliados a la luz de una mirada que incorpora la complejidad de los procesos.

Decíamos en la introducción que el estigma social que pesa sobre las personas cuya salud mental resultó afectada por diferentes motivos es una construcción colectiva que no determina lo que una persona es o puede hacer de una vez y para siempre. Nos habla de un acontecimiento transitorio que afecta parcialmente su vida. Con los apoyos necesarios, esa misma persona puede seguir llevando adelante su vida, puede trabajar, casarse, votar, tener hijos o lo que ella decida que es mejor para sí.

Para contrastar argumental y prácticamente esta afirmación, será necesario que el/la estudiante de Enfermería cuente con herramientas del campo de las ciencias sociales, la filosofía, la psicología social, el movimiento institucionalista, la perspectiva de los derechos humanos, los estudios de género, los recientes avances

legislativos en materia de discapacidad, salud mental y uso problemático de drogas, los protocolos de intervención elaborados en concordancia con dichas perspectivas, entre otros. Todas ellas de suma importancia para pasar a formar parte de la caja de herramientas de intervención en los diferentes ámbitos en los que el profesional deberá participar.

Entre sus objetivos generales, la asignatura se propone brindar a los/as estudiantes de Enfermería, como futuros trabajadores del campo de la salud, herramientas de diagnóstico psicosocial para la planificación e implementación de sus intervenciones de prevención, recuperación o reinserción social de personas cuya salud mental ha resultado afectada, promover y difundir la perspectiva de derechos humanos en discapacidad, salud mental y uso problemático de drogas, y generar condiciones para una aproximación interdisciplinaria e intersectorial a la temática. Asimismo, como parte de sus contenidos específicos, se pretende proporcionar a los/as estudiantes de Enfermería un estado de situación actualizado sobre salud mental en Argentina incorporando la perspectiva de género en el marco del modelo social de la discapacidad y de derechos humanos, promover el acercamiento al marco regulatorio vigente tanto a nivel local como internacional, visibilizar a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, promover el acceso de las/os estudiantes al conocimiento de experiencias de reforma, innovadoras desde la perspectiva de derechos humanos, en el ámbito de salud, como es el caso de la reforma en la provincia de Río Negro, favorecer el acercamiento a protocolos de intervención en situaciones de crisis, y, finalmente, propiciar la elaboración de planes de acción promotores del reconocimiento de las personas afectadas en su salud mental como sujetos de derecho desde la perspectiva del cuidado enfermero.

## El dispositivo que dispone: el dispositivo de cátedra y lo que dicen las/os estudiantes

Concluido ya el 2014, primer año de dictado de la mencionada asignatura “Cuidados enfermeros en salud psicosocial”, nos vamos a permitir compartir algún resultado. Por supuesto, preliminar, transitorio y sujeto a las transformaciones que la propia práctica, en buena hora, nos vaya trayendo.

Pero ¿qué es un dispositivo?

Tomamos la noción de “dispositivo” de Michel Foucault. Es de destacar que, aunque este sea un término decisivo en su estrategia del pensamiento, el autor no ofrece jamás una definición. Sin embargo, sí nos brinda muchas herramientas para poder conceptualizarlo en una entrevista de 1977. En esa oportunidad, manifiesta:

Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre *–dispositivo–*<sup>23</sup> es [...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...]. Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...]. He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante

---

<sup>23</sup> El resaltado es de la autora.

todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos (Foucault, *Dits et écrits*, vol. III, pp. 229 y ss.) (Agamben, 2011).

Siguiendo a Foucault, Giorgio Agamben resume la noción de “dispositivo” en tres puntos:

1. [El dispositivo] se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos.
2. El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder.
3. Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber<sup>24</sup>.

En el campo específico de las prácticas grupales, de acuerdo a la propuesta de Ana Fernández, un dispositivo puede definirse de la siguiente manera:

Dados un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común, *se crean las condiciones de posibilidad* para que un agrupamiento se constituya en un grupo. Tiempo, espacio, número de personas y objetivo, conforman un dispositivo. Esto es, una virtualidad, pero específica y propia de ese grupo y no de otro.

Si bien se consideran elementos manifiestos y elementos latentes en el acontecer grupal, esto no se trata de algo fijo, ya que cualquiera de los elementos del dispositivo puede disparar efectos, puede operar desde la latencia en un momento dado<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Ob. cit.

<sup>25</sup> Del Cueto, A. y Fernández, A. *El dispositivo grupal*. (Material es de uso exclusivamente didáctico de la Cátedra I Teoría y Técnica de Grupos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires).

Las preguntas ahora mismo serían las siguientes: ¿a qué dispone el dispositivo propuesto por la asignatura “Cuidados enfermeros en salud psicosocial”?, ¿a qué dispone partir de brindar herramientas para poder pensar la subjetividad como el resultado de un proceso social e histórico y no como una verdad única, modelo esencial y universal?, ¿a qué dispone incorporar la perspectiva de derechos como una herramienta básica para hacer visibles tanto las desigualdades en dichos procesos de producción, como las vías para la construcción de igualdades?, ¿a qué dispone conocer el contexto social e histórico específico del campo de la salud mental en Argentina?, ¿a qué dispone incorporar la perspectiva de género y diversidad sexual en la revisión crítica de nuestras representaciones y prácticas profesionales?, ¿a qué dispone poder visualizar las prácticas de cuidado enfermero desde la perspectiva de derechos?

Los dispositivos no garantizan de manera necesaria determinados resultados, disponen condiciones de posibilidad para que advenga aquello que, más y menos conscientemente, nos estamos proponiendo.

Como parte, entonces, de lo que efectivamente aconteció durante el año 2014, las/os estudiantes que cursaron la asignatura “Cuidados enfermeros en salud psicosocial” de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue llegaron a la conclusión de que los prejuicios y estereotipos sobre peligrosidad y déficit que se aplican de manera sobregeneralizada a las personas que tuvieron o tienen algún diagnóstico en salud mental coinciden con algunas pocas situaciones aisladas de personas que no recibieron la asistencia necesaria y a las que no se les reconocieron sus derechos. Cuando a las personas se nos trata como personas –dijeron–, se nos reconocen nuestros derechos y se nos brinda la ayuda que necesitamos, no respondemos a la foto del/la loco/a peligroso/a y sin capacidad para tomar nuestras propias decisiones.

Un orgullo gigante haber tenido la oportunidad de ser docente de estas/os estudiantes. Y por supuesto, como siempre, es todo un equipo de cátedra<sup>26</sup>, una institución y muchas/os colaboradoras/es<sup>27</sup> quienes generan y sostienen las condiciones de posibilidad para que estos logros sean factibles. Ya que, lo sabemos, toda producción social histórica de sentidos posibles se da siempre en la tensión entre aspectos singulares y colectivos. Porque, una vez más, si somos más, podemos más.

## Bibliografía

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica*, año 26, n.º 73, pp. 249-264, mayo-agosto. Disponible en [bit.ly/3hzBnbE](http://bit.ly/3hzBnbE).
- Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones: Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas Artículo 33.º Ley 26.657. Disponible en [bit.ly/3trZxu3](http://bit.ly/3trZxu3).
- Del Cueto, A. y Fernández, A. *El dispositivo grupal*. Material es de uso exclusivamente didáctico de la cátedra I Teoría y Técnica de Grupos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

---

<sup>26</sup> El equipo de cátedra está integrado por Roxana Amendolaro (responsable de cátedra), Silvia Gómez (jefa de trabajos prácticos), Natalia Ormeño, Olga Lefiu y Patricia Mendoza (ayudantes de primera).

<sup>27</sup> Se quiere destacar, asimismo, la especial colaboración de Víctor Báez (decano del Centro Regional Universitario Bariloche de la Universidad Nacional del Comahue), Ma. Inés Sánchez (secretaria académica), Beatriz Macedo (coordinadora de la Carrera de Enfermería), Juan Manuel Cristiani y Alfonso Zuñiga (Centro de Prevención de las Adicciones del Municipio de Bariloche), Marcela Pájaro (jueza de familia, Juzgado de Familia n.º 7 de S.C. de Bariloche), Mercedes Pietranera (directora de Equidad de Género del Municipio de Bariloche), Nadina Moreda (asesora legal de la Delegación INADI Río Negro), Patricia Franco (Camino Abierto), Rita Custet (defensora general, Ministerio Público de la Defensa, provincia de Río Negro).

- Di Nella, Y. y cols. (2011). *Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental.*
- Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Disponible en [bit.ly/3Kb91kg](http://bit.ly/3Kb91kg).
- Mental Disability Rights International (MDRI) y Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2008). *Vidas arrastradas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental.* Buenos Aires, Editorial Siglo XXI. Disponible en [bit.ly/36Uk0QJ](http://bit.ly/36Uk0QJ).
- Naciones Unidas, Derechos Humanos. ¿En qué consisten los derechos humanos? Disponible en [bit.ly/3tsBL19](http://bit.ly/3tsBL19).
- OPS-OMS (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los Estándares Internacionales.* Disponible en [bit.ly/375rKzH](http://bit.ly/375rKzH).
- Quinn, G. y Degener, T. (2002). *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad.* Nueva York y Ginebra, ONU (Organización de las Naciones Unidas), p. 18. Disponible en [bit.ly/3MpxZhY](http://bit.ly/3MpxZhY).
- Universidad Nacional del Comahue. Nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. Disponible en [bit.ly/3MhnYTX](http://bit.ly/3MhnYTX).

# Representaciones sociales y salud mental

## *Vínculos y tensiones entre las representaciones de docentes y estudiantes de carreras de salud*

SERGIO ESTEBAN REMESAR, VICTORIA ALEJANDRA VIDAL, LETICIA GRIPPO, SARA MARÍA DANERI, CAROLINA YAEL ACUÑA, XOCHIL SARDO, MARÍA FERNANDA SABIO, AURORA SUSANA ÁLVAREZ, MARTINA DUMRAUF Y ROMINA ANABEL SABALIAUSKAS

### Introducción

El propósito de este trabajo es reflexionar acerca de las representaciones sociales sobre salud mental de estudiantes y docentes en las carreras de salud. Los espacios pedagógicos constituyen uno de los lugares donde se crean, se negocian y se comparten las representaciones sociales. Las prácticas en salud mental implican un conjunto simultáneo en el que conviven representaciones, prácticas y acciones. Es un campo heterogéneo que se define por saberes y formas institucionales sobre la locura (Stolkiner, 2009).

En relación con la historia de las formas institucionales en torno al sufrimiento en salud mental, Graciela Zaldúa (2018) recorre los caminos del surgimiento de los dispositivos comunitarios de cuidado en Argentina. La autora ubica su origen en la experiencia que Mauricio Goldemberg coordinó en la década del 60 en el servicio de psicopatología del Policlínico de Lanús. En ese ámbito, donde se conjugaron clínica, investigación y extensión, los profesionales de distintas disciplinas se sumaron al desafío de revisar los paradigmas tradicionales hegemónicos y buscar

el protagonismo de una perspectiva sociocomunitaria. La dictadura militar detuvo este proceso de transformación con políticas de represión, desaparición y abandono de la salud comunitaria. No fue hasta la década del 80 cuando, con el regreso de la democracia, encontró en Río Negro un espacio para retomar una lógica que sumara derechos a quienes sufren en salud mental con el proceso de desmanicomialización, el cierre y reconversión del Hospital Psiquiátrico de Allen en Hospital General (1988) y la promulgación de la Ley 2.440/91 de Promoción Sanitaria y Social (Zaldúa, 2018).

En esta misma lógica, pero con una mirada federal, la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657/10 constituyó una política de vanguardia en salud mental y adicciones, un hecho histórico en el ámbito del cuidado en el campo que contrapuso a la lógica médica hegemónica en el abordaje del padecimiento a un enfoque de derechos junto con la legitimación de la perspectiva interdisciplinaria para toda la Argentina. Con ella se inauguró un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental (Hermosilla y Cataldo, 2012).

En esta ley se cuestiona el paradigma que sostiene dispositivos asilares y se propone la lógica del cuidado dentro de las comunidades. Marcela Botinelli señala:

La ley sostiene un paradigma alternativo al cuestionar la lógica manicomial y el sintagma locura-peligrosidad, prohibiendo la creación de nuevos manicomios públicos o privados y adaptando los existentes. Propone una mirada intersectorial de la salud mental que atienda a todos los niveles del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Botinelli, 2018: 15).

A diez años de su promulgación y a seis de su decreto reglamentario y puesta en vigencia, la práctica cotidiana habilita a suponer que aún persisten representaciones y prácticas ligadas al viejo paradigma tutelar en el común de las personas. Pese a las recomendaciones del Plan Nacional

de Salud Mental, la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA) y el documento “Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas (artículo 33.º de la Ley Nacional n.º 26.657)”, donde se aconseja a las universidades un proceso de transformación de los programas y las prácticas pedagógicas, en una investigación sobre las representaciones sociales de estudiantes de carreras de salud se evidenció que los alumnos y las alumnas del primer año mantenían representaciones sobre la salud mental y su cuidado ligadas al modelo tutelar, y que estas también estaban presentes, aunque en menor medida, en estudiantes de cuarto año (Remesar *et al.*, 2017). A esta investigación le subsiguió otra, aún en proceso, sobre las representaciones sociales de docentes de carreras de salud. En este capítulo se presenta una síntesis de ambos trabajos.

## **Sobre la teoría de las representaciones sociales**

El marco teórico de la teoría de las representaciones sociales puede definirse como una epistemología del sentido común, y estas implican sistemas de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlo; y posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un criterio para denominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos del mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1961). En las carreras de salud, predominó históricamente la formación dentro del paradigma clínico médico. En este modelo, la explicación del sufrimiento en salud mental y sus posibles soluciones implican al “paciente” aislado de su contexto cotidiano. Esta mirada no favorece la apropiación de las nuevas formas de cuidado que la Ley n.º 26.657/10 propone. El viejo paradigma que sostiene la concepción

tutorial y custodial está basado en la Ley Nacional 22.914/83 para Personas con Deficiencias Mentales, Toxicómanos y Alcohólicos Crónicos, que fue sancionada meses antes de la finalización del gobierno de facto. Esta regulaba exclusivamente la internación, planteaba estrategias de acción resolutoria, no contemplaba al que padece como un sujeto de derecho y delegaba en el juez la decisión última de la externación. Es decir que los derechos de quien presentaba este sufrimiento quedaban subrogados en la figura del juez. Esta perspectiva es la base del sentido común que encontramos en los y las estudiantes que ingresan a las carreras y en los antiguos programas de las distintas asignaturas.

En el trabajo desde la teoría de las representaciones sociales, es fundamental la idea de que existen leyes generales de funcionamiento social, más allá de las características individuales de las personas. Pierre Bourdieu sostiene que el mundo social está condicionado por “estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones” (Bourdieu, 2001: 127). Desde esta lógica, es posible pensar la formación en salud como en cualquier campo con esta perspectiva donde se ponen en juego intereses y objetivos contrapuestos que generan diversas concepciones, visiones y representaciones que tienden a validarlos.

Con esta mirada sobre las estructuras sociales que orientan las representaciones y prácticas, Ana Tisera y José Lohigorry (2018) retoman a Foucault para definir “dispositivo” como una red de sentido que une discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales, etc., que responden, en un momento histórico determinado, a una urgencia. De esta manera, el dispositivo produce formas de subjetividad donde estos elementos conforman una red con una naturaleza específica construyendo modos de ser y hacer de acuerdo con determinados efectos de saber-poder.

Para Castoriadis (1983), las significaciones instituidas son condición de lo representable y lo factible, ellas permiten que existan representaciones diferentes y complementarias, así como tipos de relaciones posibles entre los sujetos. Las instituciones sobre las que trabajamos y en las que los sujetos crean y recrean sus representaciones sociales instauran dispositivos que tienen efectos sobre los saberes y las prácticas. Estos dispositivos (Foucault, 1977) implican valores, prácticas, rituales y discursos que dan cuenta de las relaciones de saber-poder, que regulan las actitudes y las prácticas de quienes transcurren en ellas. Para Perrenoud, “las organizaciones tienen el poder de construir una representación sobre la realidad e imponerla a sus miembros y usuarios como la definición legítima de la realidad” (Perrenoud, 1990: 18).

Las representaciones sociales suponen siempre una construcción de un grupo sobre un objeto social, no implican un “reflejo” de la realidad externa, son una organización significante, siempre en un contexto sociohistórico determinado. La elaboración y la interpretación social están en juego en ella. Denise Jodelet las define como “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social” (Jodelet, 1986: 473). Suponen una realidad interpretada desde la idiosincrasia y las creencias de las personas activas constructoras de ellas. En tanto que para Abric

no existe *a priori* la realidad objetiva, toda realidad es representada, es decir apropiada por el individuo o el grupo, reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores dependientes de su historia y del contexto social e ideológico que lo rodea. Y es esta realidad apropiada y reestructurada lo que constituye para el individuo o el grupo la realidad misma (Abric, 2001: 12).

Las leyes son representantes también de la cultura, de un determinado orden social, como producciones de carácter simbólico altamente legitimado que juega y se oculta

con otras producciones simbólicas, como narraciones de experiencias, creencias populares o compartidas por determinados grupos, brindando elementos para la construcción y recreación de representaciones sociales (Remesar *et al.*, 2020).

Como dijimos anteriormente, estas representaciones se caracterizan por ser una forma de conocimiento del sentido común por oposición al pensamiento científico, aunque su fuente suelen ser las teorías científicas difundidas en el entorno de los sujetos que las portan. De hecho, considerar la locura como peligrosa o contagiosa y la necesidad de excluir a quienes la padecen provienen de la divulgación de teorías que fueron conocimientos científicos validados por el saber médico. Se elaboran socialmente, se construyen a partir de las experiencias (o relatos de estas), modelos de pensamiento y la información circulante de distintos orígenes. Implican un conocimiento práctico que permite dar sentido a fenómenos, objetos sociales o sucesos inicialmente incomprensibles, en cuya base está la posibilidad de interactuar con los otros y dominar, de alguna manera, el entorno. Como lo expresa Jodelet:

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica (Jodelet, 1986: 474).

Tal como plantea Abric,

para nosotros, las representaciones no son más que un elemento de un sistema en el cual las “prácticas impuestas” por el status social y la personalidad de los sujetos están en interacción. En otros términos, rechazamos todo esquema mecanicista en el cual la representación sería el elemento causal explicativo único del comportamiento (Abric, 2001: 12).

Las leyes, entre ellas la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657/10, se incluyen en esta dinámica, dando tema y elementos para la construcción y recreación de representaciones sociales. En la medida en que la ley circule, el paradigma de derechos que la sostiene también, posibilitando que los grupos construyan nuevas representaciones a través del lenguaje compartido y los diálogos comunes. Esto quedó en evidencia a partir de la investigación que trabajó analizando las “representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la Salud Mental en estudiantes de carreras de salud”.

El trabajo toma como punto de partida la concepción del conocimiento del sentido común como productor y producto del contexto socioeconómico y cultural al que pertenece. Existe entre ellos una compleja relación de interacción dialéctica de sentido, tal como lo plantean Peter Berger y Thomas Luckmann (1966) en su libro *La construcción social de la realidad*.

### **Los comienzos de esta investigación: representaciones sociales sobre cuidado en salud mental en estudiantes de carreras de salud**

El departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes fue sede del proyecto que dirigió Sergio Remesar durante los años 2015-2019. Sujetos de ella fueron estudiantes universitarios de las carreras de Terapia Ocupacional, Enfermería y Psicología, como grupo profesional implicado en las prácticas sobre salud mental. Se tomó un muestreo no probabilístico por cuotas de las carreras de Terapia Ocupacional (UNQ), Enfermería (UNLa) y Psicología (UBA) de modo de garantizar la mayor heterogeneidad posible en torno a carreras, zonas de residencia, instituciones, edades y sexo de los participantes. Entre los objetivos, no se encontraba discriminar representaciones

por carrera, sino pensarlos como parte de los equipos interdisciplinarios que trabajan con personas que padecen en cuanto a salud mental.

La sistematización y el estudio de la información se llevaron adelante con el *software* ATLAS.ti para el análisis cualitativo de las entrevistas. El estudio de los documentos se llevó a cabo con planillas de registro y sistematización de la información con el uso de programas inespecíficos como Microsoft Excel o Word. En relación con las metodologías, se trabajó con el análisis de contenido, del discurso, desde la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967; Whetten, 1989; Pandit, 1996), el método comparativo constante y el muestreo teórico. La codificación de datos se hizo siguiendo la enumeración y las reglas de recuento propuestas por Bardín (1986): presencia, frecuencia, frecuencia ponderada, intensidad, dirección, orden y contingencia. El marco teórico con el que se abordó el trabajo fue la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales.

Se llevó adelante un diseño de tipo exploratorio descriptivo con la participación activa y reflexiva de los participantes. La estrategia de trabajo fue de tipo cualitativa, aunque se emplearon metodologías cuantitativas para la caracterización de la muestra. La investigación participativa es una de las formas que toma la investigación acción, que planteara Kurt Lewin a mediados del siglo XX. Su desarrollo más significativo se llevó adelante en América Latina a partir de las décadas de 1960 y 1970. Alba Hernández Santana (2000) y Fals Borda (1990) presentaron las siguientes características básicas: enfrentamiento al modelo naturalista de “neutralidad”; respeto al conocimiento “no científico” reconociendo su valor, rigurosidad y utilidad; rechazo a la monopolización del conocimiento por los llamados “científicos”; reconocimiento del componente ideológico que hay en toda ciencia y asunción del compromiso. Estos supuestos definen como propósito lograr una conexión entre saber popular y científico.

Para la recolección de los datos, se triangularon tres instrumentos: se les pidió a los y las participantes que dibujaran una escena en donde ellos, ya recibidos, cuidaran la salud mental. Luego, que escribieran un relato breve sobre lo que ocurría en el dibujo y le pusieran un título. Finalmente, se les realizaba un cuestionario *ad hoc* para relevar los datos de caracterización y se les pedían cinco palabras asociadas al “cuidado de la salud mental”.

En cuanto a las variables y los ejes de análisis para el universo de estudiantes, estos fueron tipo de actores involucrados, roles, conocimiento declarativo sobre el cuidado de la salud mental, objetos y entidades relacionados a él, su significado, mitos de la vida diaria, argumentos, sistemas morales y convicciones ideológicas, prácticas cotidianas asociadas, el lugar en las prácticas (promoción, educación, prevención, atención) en el que los estudiantes ubican en sus producciones (dibujos, relatos y asociaciones) los cuidados de la salud mental.

Los resultados arrojaron que los y las estudiantes ingresantes y aquellos que recorren los primeros años de las carreras de salud poseen representaciones sobre el cuidado en salud mental asociadas al paradigma manicomial, y que sus discursos reflejan una fuerte estigmatización de las personas con sufrimiento psíquico. Esta lógica tiene implícita una fuerte patologización, etiquetamiento y discriminación de dichas personas dentro de este ámbito académico, que puede ser atribuida a la reproducción del saber del sentido común de su entorno inmediato (familia, amigos, medios masivos de comunicación). Presumiblemente construidas de forma temprana, fuertemente asociadas a las identidades sociales valoradas por sus grupos de pertenencia más próximos, y cargadas de contenido afectivo. Si bien es cierto que los y las estudiantes en sus primeros años no ignoran el paradigma de los derechos en salud mental, le otorgan una valoración de poca relevancia en su discurso, por lo que se supone que la perspectiva de derechos no es propia de su contexto cercano de referencia.

En estudiantes avanzados, el recorrido por las materias de las carreras implica un proceso de aprendizaje y, como tal, oportunidades de debates, diálogos y deconstrucciones que cuestionan sus saberes y sentido común con relación al conocimiento y abordaje en salud mental. En este sentido, la investigación mostró que, en la medida en que los estudiantes avanzan en sus carreras de grado, van modificando sus ideas respecto a las personas con sufrimiento en salud mental. Adquiere relevancia el paradigma de derechos, si bien aún conservan, en algunos casos, significados asociados al paradigma manicomial.

Hacia el final de su tránsito por las carreras, el paradigma de derechos ocupa el primer lugar en importancia en los y las estudiantes en relación con la salud mental y se le otorga mayor relevancia a la perspectiva social sobre el cuidado. No solo incluyen aspectos legales de igualdad ante la ley, sino también una posición crítica sobre el rol de la sociedad en la inclusión, el reconocimiento de un justo acceso a todos los servicios de salud y la rehabilitación en un entorno comunitario.

Asimismo, surgen significados relativos al bienestar, el cuidado, las ocupaciones y el equilibrio como una nueva forma de entender la salud mental mucho más cercana a la propuesta de la ley. La concepción de sujeto desde esta perspectiva destaca el empoderamiento, la libertad, la autonomía y el derecho a decidir sobre el tratamiento, su persona, la manera de cuidarse, el estilo de vida y las actividades significativas para su cotidianeidad.

Esta investigación desarrollada desde la teoría de las representaciones sociales da cuenta de los cambios en ellas a partir del recorrido académico de los y las estudiantes. La formación universitaria cobra importancia en la construcción de saberes con relación al padecimiento en salud mental y las prácticas que se ocupan de este padecimiento al generar nuevos conocimientos y concepciones.

De ello se desprende la importancia de incorporar a la formación saberes, conocimientos y recursos pedagógicos

que permitan reorientar la formación de los y las estudiantes en las bases teóricas de las prácticas. La ley brinda fundamentos a la perspectiva de derechos que soporta las prácticas que propone respecto a la salud mental.

La academia debería trabajar en la construcción de un rol, tanto desde la lógica teórica como desde la práctica, para así generar la posibilidad de avanzar hacia el paradigma de derechos.

Si bien estos resultados son alentadores y pretenden ser una contribución para mejorar los espacios pedagógicos universitarios, al brindar información sobre la manera de pensar de las y los futuros profesionales que tendrán un rol fundamental en la transformación de las prácticas en salud mental, requieren ser tomados con cautela. Sobre la base de distintas investigaciones (Murekian, 2000, 1997, 1998), los cambios en el discurso son resultado del contacto informativo y solamente permiten dar cuenta de la transformación de la dimensión cognitivo-explicativa del sentido común, pero no de la modificación de la dimensión afectiva-evaluativa de las representaciones sociales, que tiene un rol preponderante dentro del pensamiento popular.

Se desconoce hasta qué punto el cambio discursivo expresa solamente modificaciones en los elementos periféricos de las representaciones de salud mental, ni si se ha llegado a desestabilizar el núcleo central del paradigma manicomial. La coexistencia del paradigma manicomial con el paradigma de derechos en estudiantes del final de las carreras de salud llevaría a pensar que predomina la transformación de elementos periféricos.

La teoría de las representaciones sociales puso en evidencia la resistencia de los sistemas cognitivos a introducir información nueva, o, lo que es lo mismo, las dificultades que pueden aparecer en los procesos de anclaje frente a la persistencia de nociones arcaicas.

También es importante remarcar que, si bien en la investigación sobre estudiantes de 2015-2019 se indagó sobre las prácticas, no fue posible acceder a ellas porque se

trata de estudiantes que no se están desempeñando profesionalmente en las instituciones sanitarias, por lo que no se puede asegurar que los cambios que se dan en la dimensión explicativa-cognitiva se transferirán en el futuro al plano de los comportamientos, que es el que expresa el verdadero sentido común.

Retomando a Bourdieu (2001: 127), las estructuras objetivas orientan y coaccionan las representaciones y las prácticas, no es posible medir hasta qué punto los discursos de las y los estudiantes dan cuenta de una transformación profunda de sus representaciones sociales o si se trata de modificaciones producto de las relaciones asimétricas que caracterizan los espacios pedagógicos universitarios, más allá de los intentos de fomentar la participación democrática. En este mismo sentido, Abric (2001: 12) nos alerta de no caer en explicaciones mecanicistas que no den cuenta de la complejidad de los procesos de transformación del sentido común, que implican tensiones, conflictos y luchas de poder. La metáfora de la fase borrosa que plantea Correa (2009) refleja estas tensiones.

Cuando los sentidos instituyentes no coinciden con el sistema de valores grupal o lo cuestionan, el anclaje se torna dificultoso. Si nuestros estudiantes tienen como punto de partida el paradigma manicomial, la participación por los espacios dialógicos de las aulas universitarias los enfrenta con la tarea de familiarizar lo extraño (paradigma de derechos), que se traduce en luchas por el sentido, lo nuevo entra en tensión con lo viejo. Siempre las ideas antiguas luchan por mantener su estabilidad, se resisten a ser modificadas, y lo más probable es que el paradigma de derechos haya, en cuanto sentido innovador, terminado anclando en fase borrosa (anclaje superficial).

Investigaciones como la de Jodelet (1989) sobre la locura muestran las tensiones entre prácticas y discursos. Marková (1998) también trabajó en esta línea y sostiene que el verdadero sentido de las representaciones sociales está implícito en las prácticas. Pese a todo este entramado que es

necesario tener presente, esta investigación permitió visibilizar que las y los estudiantes se apropiaron del código universitario referido a la salud mental, el cual les permite el intercambio tanto con sus pares como con sus docentes y los aleja del sentido común de sus lugares de pertenencia, tal como plantea Moscovici (1961: 72), dan muestras de haber adquirido una nueva manera de denominar y clasificar la realidad referida a la salud mental.

### **Investigación en curso: representaciones sociales sobre la salud mental en docentes universitarios de carreras de salud**

Los resultados de la investigación anterior llevaron a la pregunta que dirigirá a la actual. El concepto de “microgénesis” de las representaciones sociales, que alude a la manera en que interacciones sociales puntuales de los participantes negocian definiciones comunes que les permiten mantener el diálogo (Duveen y De Rosa, 1992), sirve para relacionar las representaciones sociales de estudiantes con las de los docentes. Son estos últimos quienes habilitan los espacios de microgénesis en cuanto portadores del conocimiento científico en relación con la salud mental. El proyecto de investigación en vigencia, también de carácter exploratorio, se propone identificar, describir y analizar la estructura y el contenido de las representaciones sociales sobre salud mental en los y las docentes universitarios. Conforman el equipo de investigadores Leticia Grippo, Fernanda Sabio, Aurora Álvarez, Sara Daneri, Carolina Acuña, Xochil Sardu, Martina Dumrauf y Romina Sabaliuskas, bajo la dirección de Sergio Remesar y la codirección de Victoria Vidal.

Este estudio indaga las representaciones sociales sobre la salud mental que tienen los y las docentes universitarios/as de las carreras mencionadas en la Ley Nacional de Salud Mental y el grado de adecuación que tienen esas representa-

ciones a las recomendaciones respecto de los lineamientos expresados en la Ley n.º 26.657, las recomendaciones a las universidades en el anexo 3 art. 33.º y los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental-Anexos Disciplinarios. También busca determinar si existen diferencias en esas representaciones según la disciplina de base de cada docente, las experiencias en las prácticas en salud mental y la antigüedad en el cargo.

El proyecto propone un diseño de tipo exploratorio descriptivo con una triangulación de estrategias cualitativas y cuantitativas. Respecto de las variables y los ejes de análisis que se plantean trabajar en relación con los docentes, serán concepciones explícitas e implícitas en las definiciones, las creencias y los prejuicios sobre la salud mental, los marcos teóricos y epistémicos en los que se inscriben, las incumbencias profesionales y los niveles de atención predominantes en las prácticas profesionales orientadas a la salud mental presentes en las representaciones. Se propone tomar en cuenta el conocimiento declarativo sobre la salud mental, los objetos y las entidades relacionados a él, su significado, los mitos de la vida diaria, los argumentos, los sistemas morales y las convicciones ideológicas, y las prácticas cotidianas asociadas. También se toman en cuenta variables de caracterización como edad, sexo, título de grado, ocupaciones (otras actividades realizadas además de la docencia), prácticas profesionales implicadas en la salud mental, años de antigüedad en el ejercicio de la profesión, carrera en la que dictan asignaturas, y tipo de gestión de la universidad a la que pertenece (pública o privada).

Se partió de la hipótesis de que es esperable encontrar en el desarrollo de la investigación conocimientos, creencias, prejuicios y actitudes compartidos, que no siempre serán acordes a los lineamientos propuestos por la ley. Estas concepciones explícitas e implícitas sobre la salud mental probablemente van a variar según la disciplina de base, las experiencias en las prácticas en salud mental y la antigüedad en el cargo de los y las docentes. Se espera encontrar

más adecuación a la perspectiva de la ley en los/as profesores/as que por su práctica profesional presenten una mayor inserción en el campo de atención de la salud mental y contacto directo con usuarios independientemente de la antigüedad en el cargo. Sin embargo, en aquellos docentes que se encuentren trabajando en instituciones monovalentes, podrían prevalecer creencias, prejuicios y actitudes en los que persisten concepciones no acordes al cambio de paradigma que promueve la ley.

Se espera que las instituciones universitarias, en su papel de formadoras de nuevos profesionales, acompañen el impulso de nuevos paradigmas en relación con los cambios. Se supone, acerca de la salud mental, que en ellas coexisten los tres tipos de representaciones –emancipadas, polémicas y hegemónicas– que plantea el creador de la teoría, Serge Moscovici (1985).

Con respecto a la salud mental, el sentido común que portan ciertos miembros de la comunidad educativa y que persisten en algunos de los programas puede pensarse como las representaciones hegemónicas, que presentan un alto grado de consenso, por lo que juegan un papel muy destacado en las prácticas sociales de los sujetos. Por el contrario, las representaciones emancipadas no alcanzan el nivel macro de las hegemónicas, se construyen en grupos que proponen visiones nuevas trayendo la semilla de los cambios, como la que propuso en su momento la ley. Son esencialmente muy flexibles y dinámicas. Con el tiempo pueden evolucionar hasta convertirse en representaciones hegemónicas de forma paulatina y pacífica. Otras veces pueden transformarse en polémicas, que se conforman a partir de hechos de relevancia, como es la disputa de poder con relación al lugar del saber y el cuidado en salud mental, espacio de conflicto intergrupales. Las representaciones polémicas provienen del enfrentamiento manifiesto entre grupos de actores involucrados en ese campo. Como consecuencia de este proceso, en un momento puede producirse un salto histórico (Moscovici, 1985). La ley plantea un espacio de

construcción de un nuevo sentido, lo que genera muchas veces discusiones, enfrentamientos y conflictos entre los discursos y las prácticas disciplinares y al interior de ellos. Es en estos espacios de tensión, que atraviesan la formación de grado y el trabajo de los profesionales, donde se forman las nuevas representaciones sociales, alejándose lentamente de la posición clínica manicomial tradicional y acercándose a la perspectiva de derechos.

Trabajar las representaciones sociales de docentes y estudiantes implica aproximarse a un espacio social plagado de controversias, es decir, una confluencia de vínculos y tensiones de nada menos que “qué y cómo se sabe”, “qué y cómo se cree”, “qué y cómo se interpreta” y “qué y cómo se actúa” (Moscovici, 1985) en salud mental. Estos nexos y tensiones en las representaciones sociales son reveladores para pensar cuáles son las prácticas que se están gestando dentro del ámbito académico.

En esta coexistencia de saberes nuevos y viejos, prácticas legitimadas y deslegitimadas, docentes y estudiantes construyen e instauran dispositivos que tienen efectos sobre los saberes y las prácticas de las y los futuros profesionales. Lo que lleva a las universidades al compromiso de responder a las demandas de cambio que la ley les impone y que se ven reflejadas en las recomendaciones del Plan Nacional de Salud Mental y específicamente en el documento “Recomendaciones a las universidades públicas y privadas, artículo 33.º de la Ley Nacional n.º 26.657”, que sostienen la necesidad de trabajar en la modificación de las creencias y representaciones de los estudiantes universitarios, quienes, en cuanto futuros profesionales, tendrán a su cargo las prácticas de atención y serán responsables de llevar adelante las modificaciones de los dispositivos de prevención y tratamiento acorde a la normativa.

La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA) señala en este documento, en el capítulo “Enfoque de derechos”, que es preocupante la vigencia de representaciones sociales sobre salud

mental estigmatizantes que se confunden e hibridan con marcos teóricos y se aplican sin precaución al diagnóstico o tratamiento del sujeto con padecimiento mental, lo que produce efectos iatrogénicos. Por eso recomienda a las universidades la realización de una reflexión sobre ellas con estudiantes en el marco de la formación (CoNISMA, 2014).

Pensando en los términos de representaciones emancipadas, polémicas y hegemónicas, que la ley y las recomendaciones de la CoNISMA sean de circulación masiva y se impongan junto a la plena vigencia y funcionamiento llevará a la modificación de los contenidos curriculares y las prácticas de manera lenta pero efectiva. En el propio planteo de la ley, es central el trabajo con las creencias y representaciones de los futuros profesionales de la salud, que constituyen uno de los grupos implicados en las prácticas de atención que deberán implementar de manera fehaciente el espíritu de la ley.

### **Primeras aproximaciones sobre las representaciones sociales en salud mental de las y los docentes universitarios de carreras de salud**

De las entrevistas realizadas a docentes universitarios de las carreras de salud con preguntas abiertas, que se correlacionan con los 28 ítems propuestos por el artículo 33.º de la Ley Nacional n.º 26.657, se obtuvieron las primeras aproximaciones, que se detallan a continuación.

La totalidad de los participantes expresan conocer la Ley n.º 26.657; sin embargo, no mencionan las recomendaciones a las universidades, anexo 3 del art. 33.º, y los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental-Anexos disciplinares.

Los discursos denotan una posición de “empatía” con la Ley Nacional de Salud Mental. Por un lado, destacando el valor de la salud mental como un “derecho” de los sujetos

y promoviendo el “abordaje interdisciplinario”. Asimismo, expresan que la ley se ve reflejada en las prácticas como “herramienta”, “teórica que orienta la práctica” y “guía” para el abordaje. Pero, por otro lado, en forma de crítica social, los y las docentes expresan que la ley presenta inconsistencias en su implementación: “Hay mucho para mejorar y trabajar”, “Las personas con estas problemáticas no deben ser obligatoriamente hospitalizadas”, “Es difícil la implementación de la ley respecto a los diferentes sistemas de prestación actual”, “Continuamos a la espera de dispositivos acordes a casas de medio camino y a la capacitación del personal”. Estos discursos denotan una espera o carencia de recursos o dispositivos que impediría llevar a cabo una práctica basada en la ley. Sugieren una distancia entre el hecho de pensar cómo se debería hacer algo y el hecho en sí, dando cuenta de una distancia entre el saber hacer y el hacer en el ámbito de salud mental.

Muchos de los discursos ponen en evidencia representaciones sociales que cohabitan, superpuestas y hasta contradictorias, en un cuerpo simbólico que se halla en una transición lenta de saberes y experiencias en salud mental. Los conocimientos que derivan de los discursos con relación al concepto de “salud mental” son un ejemplo claro de ello, y muchos de estos no son acordes a los lineamientos propuestos por la ley.

Las y los docentes universitarios poseen representaciones sobre la salud mental asociadas a la concepción biomédica. Algunos describen a la salud mental como “el estudio de la dimensión psicológica en un individuo desde el gradiente de salud enfermedad”, y otros consideran de importancia que sus alumnos adquieran “los saberes de la biología del ser humano, del cerebro y su funcionamiento, la psicofarmacología y los efectos que provocan en el organismo” para sus prácticas profesionales.

También aparecen definiciones de “salud mental” desde una concepción conductual, que plantea que la conducta puede moldearse en la medida en que se conozcan las leyes

que rigen el comportamiento y que se modifiquen las condiciones ambientales que lo determinan. Estas se pueden detectar en relatos como “La salud mental es el todo en ser humano, es la capacidad de generar equilibrio ante las instancias que se presentan en la vida, la adaptación a las circunstancias, el tener capacidad de que mi yo interior me permita solicitar ayuda si fuera necesario”, o en discursos como “El estado de homeostasis de un sujeto en relación a su persona y su entorno ya que es abordada desde un aspecto biopsicosocial”.

Se devela también una concepción cognitiva de la salud mental, en donde las y los docentes realizan la intervención desde una orientación fundamentalmente educativa-instruccionista, basándola en leyes educativas, y proponen un abordaje centrado en el “seguimiento, acompañamiento y asesoramiento en el proceso educativo”. Como señalan Ximena Cecilia Macaya Sandoval, Rolando Pihán Vyhmeister y Benjamín Vicente Parada (2018):

En la concepción cognitivista, la intervención tiene una orientación fundamentalmente educativa-instruccionista, cuya finalidad es lograr que los sujetos corrijan las formas de pensamiento disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.) y aprendan a pensar y en consecuencia a comportarse de una manera adaptativa (Macaya Sandoval, Pihán Vyhmeister y Vicente Parada, 2018: 348).

Por otro lado, se visibiliza la concepción social en donde surgen relatos que definen la salud mental de la siguiente manera:

... una condición de salud integral que está condicionada por aspectos socioeconómicos, accesibilidad al trabajo, vivienda, servicios de salud y educación y protección en los casos que se requiera. El marco teórico conceptual es a partir del paradigma de derechos, siendo el diagnóstico una situación determinada de salud en un determinado momento de la vida de una persona. El tratamiento debe ser en su comunidad y por tanto lo menos restrictivo posible.

O la salud mental como estado de bienestar que requiere de un marco teórico que arroje una valoración funcional social, es decir, aquel que refleje las limitaciones en la participación y determine la necesidad de apoyos basados en la participación social, recreativa y laboral.

Son escasos los relatos que se expresan desde la concepción de derecho ligada a la Ley n.º 26.657 y que la definen de este modo:

La salud mental como un proceso social, político, económico y cultural, el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.

Al indagar sobre las circunstancias en las que una persona con padecimiento mental podría perder los derechos civiles, han surgido discursos que denotan saberes opuestos dentro de la comunidad. Más de la mitad de ellos apuntan a que estas personas pierden sus derechos civiles por “riesgo o peligro de vida” tanto para ella misma como para otras personas. Otros discursos apuntan a que la causa sería la “pérdida de razón, insania o alienación”, mientras que el resto expresa que las personas con padecimiento mental “nunca pierden” sus derechos civiles. En la misma dirección, uno de los docentes manifestó que estos individuos sufren la negación a sus derechos cuando

en no todas las instituciones de salud son atendidos en función de sus necesidades y particularidades [...], cuando estas personas no tienen un fácil acceso a la estabilidad económica y a la seguridad de una vivienda digna. También [...] cuando

es hospitalizada en instituciones de salud aún en contra de su voluntad.

La forma en que se piensa a las personas con consumo problemático de sustancias es relevante para conocer la forma de abordaje, pues son estos saberes los que influyen en el modo en que se interviene. Aparecen en los discursos concepciones atravesadas por diversos matices, como, por ejemplo, los caracterizan como personas con “inestabilidad mental, ansiosas, angustiadas, perdidas, enfermas, descontroladas y dominadas por la sustancia”. Un “paciente”, es decir, una persona que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un tratamiento. También es una persona que da “señales y síntomas” de algo que él “no sabe”. Es decir, un sujeto pasivo y que se autodesconoce. Estas ideas dejan a la luz la primacía de saberes asociados a emociones, afectos, peligros y lógicas médicas. Una mirada puesta en el déficit y en las incapacidades que tienen las personas que consumen problemáticamente. Son limitados los discursos que expresan que “las personas con consumo problemático son ‘sujetos de derecho’ atravesando una situación de vulnerabilidad social, política y económica”, o aquellos que realizan una crítica social y expresan la necesidad de la participación del Estado en esta problemática.

La indagación sobre la representación social de los docentes implica una posición política en relación con la LNSM, con su concepción de salud mental, pionera en América Latina, así como con sus distintos ejes y dimensiones referidos en el documento de recomendaciones a las universidades: el enfoque de derechos, el principio de no discriminación, la inclusión social, la perspectiva de género, la participación comunitaria, la perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, la relación salud-justicia, la comunicación, la revisión de los procesos de patologización y uso inapropiado de medicamentos, la relación salud-salud mental, los aspectos de gestión y epidemiológicos, el vínculo con la realidad local, los determinantes sociales, la promoción de

la salud mental, el enfoque comunitario y clínica de la subjetividad, y el abordaje de consumos problemáticos.

Conocer, describir y analizar las representaciones sociales de los docentes universitarios en carreras de salud implica una reflexión sobre las prácticas, en su función prescriptiva de conducta, y sobre el contexto.

Es para construir conocimiento desde una perspectiva crítica, de manera consistente con lo propuesto por Martín Baró (1983), para lo que el proyecto se pregunta por “la ciencia de los fenómenos de la ideología (cogniciones y representaciones sociales) y de los fenómenos de la comunicación” (Moscovici, 1984: 9, citado por Banchs, 1990) en torno a la salud mental y a la ley que determina su destino, ya que, en definitiva, el problema no es el manicomio como institución, sino el que llevamos en nuestras propias cabezas (Saidón, 2014).

## Bibliografía

- Abric, J. (2001). Prácticas sociales, representaciones sociales, en Abric, J. (comp.), *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Banchs, M. A. (2001). Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales desde Venezuela. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 11(30), 11-32.
- Bardín, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1966). *La construcción social de la realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Bottinelli, M. M. (2018). El derecho a la salud, la salud como derecho. Sobre el marco normativo en salud mental y adicciones, y los dispositivos para su implementación, en Tisera, A. et al., *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (2001). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Madrid: Ed. Popular.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Ed. Tusquets.
- CoNISMA (Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones) (s/f). Recomendaciones a las universidades públicas y privadas. Artículo 33.º Ley Nacional n.º 26.657. Jefatura de Gabinete de Ministros. Buenos Aires: Presidencia de la Nación. Disponible en [bit.ly/3trZxu3](http://bit.ly/3trZxu3).
- Correa, A. M. (2009). *La fase borrosa de las representaciones sociales*. Córdoba, Argentina: Editorial Universidad Nacional de Córdoba.
- Decreto n.º 603/2013. Reglamentación de la Ley n.º 26.657. Buenos Aires, 28 de mayo de 2013. Fecha de publicación: B.O. 29 de mayo de 2013.
- Duveen, G. y De Rosa, A. (1992). Social representations and the genesis of social knowledge. *Ongoing Production on Social Representation : Productions Vives sur les Représentations Sociales*, 1(2/3), 94-108. University of Cambridge y Università di Roma "La Sapienza".
- Fals Borda, O. (1990). El Tercer Mundo y la reorientación de las ciencias contemporáneas. *Nueva Sociedad*, (107), 83-91.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1967). El descubrimiento de la teoría emergente. Traducción de un capítulo del libro *Strategy for qualitative research*. Nueva York: Ed. Aldine.
- Hermosilla, A. M. y Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Hernández Santana, A. H. (2000). *Investigación-acción. Utilidad y modestia de las ciencias sociales*. La Habana, Cuba: CIPS, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (ed.), *Psicología*

*Social II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales* (pp. 469-494). Buenos Aires: Ed. Paidós, Colección Cognición y Desarrollo Humano.

- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion, en Jodelet, D. (ed.), *Les représentations sociales* (pp. 47-78). París: PUF.
- Ley n.º 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada el 25 de noviembre de 2010. Promulgada el 2 de diciembre de 2010. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 03/12/2010, Año CXVIII, n.º 32.041.
- Ley n.º 22.914 (1983). Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Sancionada el 15 de septiembre de 1983. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 20/08/1983, n.º 25.261, p. 4.
- Macaya Sandoval, X. C., Pihán Vyhmeister, R. y Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355. Recuperado el 10 de julio de 2020 de [bit.ly/34fHPBJ](https://bit.ly/34fHPBJ).
- Markova, I. (1998). Social Representations as an epistemology of Social Psychology en *Memorias del Simpósio Internacional sobre Representações Sociais: questões epistemológica*, vol. II, pp. 7-10. Natal: Universidad Federal do Rio Grande du Norte.
- Martin-Baró, I. (1983). *Acción e Ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Recomendaciones para universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (octubre de 2013). Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en [bit.ly/3ihZXhH](https://bit.ly/3ihZXhH).

- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huelmul.
- Moscovici, S. (1985). Introducción al campo de la psicología social. En Moscovici, S. *Psicología Social I*. Paidós: Barcelona.
- Murekian, N., Cid, A. y Valencia, J. F. (1997). Salud Mental, Fuentes de Información y Representaciones Sociales. El peso de los factores estructurales en el anclaje diferencial del impacto cognoscitivo y simbólico de las políticas de desmanicomialización. En V Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones.
- Murekian, N., Cid, A., Valencia, J. F. y Courtis, C. (1998). Salud Mental, Representaciones Sociales e Interdisciplina. Aportes desde un proyecto de investigación empírica. En VI Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones.
- Murekian, N., Cid, A., Valencia, J. F. y Courtis, C. (2000). Salud mental y género en una muestra de la justicia nacional en lo civil de la Ciudad de Buenos Aires: análisis del corpus total de respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario-PSSM2. En VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones.
- Pandit, N. (1996). La creación de la teoría: una aplicación reciente del método de la teoría fundamentada. *The Qualitative Report*, 2(4).
- Perrenoud, P. (1990). *La construcción del éxito y del fracaso escolar*. Madrid: Morata, Colección Educación Crítica.
- Remesar, S. (2017). Representaciones sociales y salud mental: encrucijadas en la formación de los profesionales de la salud. En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigadores en

- Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Remesar, S., Vidal, V., Grippo, L., Acuña, C., Sabio, M. F., Daneri, S. M., Álvarez, S. A., Sardu, X., Dumrauf, M. y Sabaliauskas, R. A. (2020). De las representaciones sociales a las prácticas profesionales en Salud Mental. La formación universitaria de los profesionales de salud. En *Revista de Salud Mental y Comunidad*, año 7, número 9, del Centro de Salud Mental Comunitaria Mauricio Goldenberg de la UNLa. Autores: Dr. Emiliano Galende y Marcela Bottinelli, Remedios de Escalada, Ediciones de la UNLa, noviembre de 2020, pp. 68-82.
- Saidón, O. (2014). Políticas de salud mental. *Voces en el Fénix*, 5(41).
- Stolkiner, A. (2009). Ética y prácticas en Salud Mental, en Fantin, J. C. y Friedman, P. (comps.), *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis* (pp. 171-186). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Tisera, A. y Lohigorry, J. (2018). Modelos de atención en salud mental. Dispositivos asilares versus dispositivos comunitarios, en Tisera, A. et al., *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Whetten, D. (1989). What constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review*, (14).
- Zaldúa, G. (2018). Prólogo. En Tisera, A. et al., *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

# Representaciones sociales sobre salud mental de docentes y estudiantes universitarios de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición (UNLaM)

## *Resultados preliminares*

VIRGINIA NOEMI CORDICH, MARÍA VICTORIA DE LEON, MARIELA ÁNGELA FERRARI, DANIEL FRANKEL, JOSÉ ANTONIO MARIN, SABRINA CECILIA MOLINA, SILVANA KARINA MOREIRA, NATALIA PAOLA OSELLA Y DARIO SEBASTIÁN PERTUSI

### **Introducción**

Este capítulo destaca las particularidades de una investigación acerca de representaciones sociales sobre salud mental de docentes y estudiantes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición de la Universidad Nacional de La Matanza.<sup>1</sup>

Es pertinente mencionar que la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, afirma en su artículo 33.º que la autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas a fin de garantizar la formación de profesionales acorde con los principios que marca la ley, así como promover

---

<sup>1</sup> “Saberes y Prácticas en Salud Mental: representaciones sociales de estudiantes de las carreras de Medicina, Kinesiología y Nutrición (UNLaM)”, PROINCE 2016-2018, y “Saberes y prácticas en salud mental: representaciones sociales de docentes universitarios de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición”, (UNLaM) CYTMA2 2019-2020.

espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país. En este sentido, en el año 2015 se creó el documento “Lineamientos para la Mejora en la Formación de Profesionales en Salud Mental”, que tiene que ver con la inclusión de salud mental en la formación de las carreras de Medicina, Abogacía, Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Los ejes que se proponen como ejes transversales para la formación, extensión e investigación son los siguientes: enfoque de derechos, inclusión social, interdisciplina e intersectorialidad, y salud pública.

Las implicancias de la puesta en marcha de dicha ley plantean un cambio estructural que no es sencillo de lograr. Uno de los principales obstáculos es la vigencia del paradigma tutelar, que opera como resistencia a las transformaciones, no solo en los espacios de atención del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (hospitales y centros de salud), sino también en la formación de grado de muchos trabajadores sanitarios. Para contrarrestar este y otros obstáculos, se advierte la necesidad de producir articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales (áreas de educación, salud, trabajo, cultura) en el espacio micropolítico institucional que construyan viabilidades y transversalicen prácticas innovadoras, así como el requerimiento del desafío de un movimiento de salud mental con múltiples actores que garantice la participación social y la universalidad de la salud (Pekarek, 2015; Zaldúa *et al.*, 2011).

Así, los estudios sobre representaciones sociales se convierten en una herramienta de relevancia para indagar sobre los aspectos de la formación profesional y su relación con el ejercicio de la profesión (Sarraceno, 2007).

De ahí la relevancia de indagar sobre las representaciones sociales de docentes y estudiantes de carreras de salud (en este caso, Enfermería, Nutrición, Kinesiología y Medicina), de manera de poder comprender qué concepciones se ponen en juego. Analizando coincidencias y diferencias, se vislumbran los marcos de referencia que influyen

en la adquisición del conocimiento para las prácticas profesionales.

### **El estado del arte referido a las representaciones sociales de docentes y estudiantes**

Piña Jiménez (2005) sostiene que el docente en salud mental debe ser una persona vinculada con el campo del conocimiento de la salud mental, no solo en teoría, sino también a través de su práctica profesional, en cuanto la especialidad tiene propósitos de intervención sobre la comunidad. Este campo tradicionalmente ha sido vinculado con la psiquiatría, y con esta mirada se han formado los trabajadores sanitarios. Por lo tanto, los docentes en salud mental deben enseñar a través de sus propias experiencias y actitudes frente a la persona con padecimiento mental. Di Marco, Bugge y Bossio (2015) señalan que 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 y cultural y en el marco del enfoque de derechos humanos.

Corresponde aquí mencionar algunas investigaciones realizadas con profesionales de la salud por ser estos quienes también se desempeñan como docentes en los ámbitos universitarios.

Bentancur, Retrepo-Ochoa, Ossa, Zuluaga y Pineda (2014) sostienen que, en el caso de los profesionales que trabajan en diversas áreas de salud mental, hay una coexistencia de saberes en torno a dicho objeto: por un lado, los del sentido común, que configuran las representaciones sociales y que son previos a la academia, y, por otro lado, los saberes científicos adquiridos durante la formación. La salud mental no solo se constituye en un objeto de conocimiento científico, sino en un objeto social, mediado por el

saber que circula abiertamente en las interacciones cotidianas y en los diferentes medios de comunicación.

En otro estudio sobre representaciones sociales en Educación para la Salud de docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se sostiene que estas condicionan la práctica docente. Esta comprensión genera otros discursos y prácticas alrededor de la formación de los agentes de salud (Gómez y Osorio, 2015).

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 protagonista de su propia historia (Pereira, Barbieri, De Paula y Franco Mdos, 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 (Leão y Barros, 2011; Morant, 2006).

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 las segundas evidencian una mayor integración del concepto de “salud mental” al hacer referencia a variables socioculturales e incluir 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, se evidencia 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 ubican del otro lado a los “enfermos”, que requieren de su atención (Moll, 2013). 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, que lo lleva a experimentar sensaciones de temor e inseguridad en el contacto con el paciente. Dichos sentimientos enmarcan la relación *profesional de la salud-paciente* de modo tal que no solo influyen 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 aproximan a ella.

Se han presentado hasta aquí antecedentes en relación con las representaciones sociales de los docentes, pero se hace indispensable analizar las de los estudiantes, ya que ambos grupos interactúan en la formación de grado, pero, por sobre todo, porque se convertirán, en el corto plazo, en trabajadores de la salud.

Torres López y otros (2004) estudiaron las representaciones sociales sobre el psicólogo en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. Encontraron que los estudiantes, como sujetos creadores de su propia realidad, aportan al proceso educativo no solo sus conocimientos académicos previos, sino también sus motivaciones, expectativas y representaciones sobre su formación profesional. El mundo simbólico y subjetivo se irá transformando y adecuando a través de las crisis, las negociaciones y otros aprendizajes, que tendrán que llevarse a cabo necesariamente, ante la gran cantidad de información que recibirán por parte de los docentes y de sus compañeros de estudio, no solo desde la educación formal, sino también a través de la comunicación informal que mantendrán con ellos. Así, los estudiantes cuentan no solo con conocimientos de orden académico en su proceso de formación, sino con otros que provienen de las relaciones que se establecen entre los diferentes actores en distintos escenarios de interacción (representaciones sociales). Este tipo de cono-

cimientos o saberes van a tener una influencia importante en su futuro desempeño profesional, ya que las creencias, expectativas y representaciones que tienen sobre su profesión y su ejercicio profesional pueden limitar o ampliar las posibilidades de dicho ejercicio a futuro. Una de las formas de acercamiento hacia estas interpretaciones y saberes lo constituye el estudio de las representaciones sociales (Torres López y otros, 2004).

Lacolla (2005) indagó sobre las representaciones sociales en estudiantes, planteando que se convierten en un modo de entender la manera en que las concepciones de sentido común se enraízan en el pensamiento de los estudiantes y que inciden en la construcción de los conceptos que se trabajan en las clases. La autora insiste en la necesidad de conocer las condiciones y los contextos en los que las representaciones sociales surgen, las comunicaciones mediante las cuales circulan y como sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás. En este sentido, indagar sobre las representaciones sociales sobre la salud mental que construyen estudiantes de carreras de salud en el marco de las transformaciones que plantea la nueva Ley Nacional de Salud Mental se convierte en relevante (Lacolla, 2005).

## **La problemática que investigamos**

La Ley Nacional de Salud Mental, como marco normativo que genera modificaciones en las prácticas y en la formación tradicional en el campo de la salud mental, se convierte en un objeto novedoso y diferente, que debe ser comprendido. En su artículo 3.º, dicha ley reconoce 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; cuyo punto de partida es la presunción de capacidad de todas las personas.

De este modo, el paradigma transformador manifestado en la ley rompe la pregnancia que tiene la enfermedad. Se expresa a través de marcos normativos que otorgan legitimidad a procesos institucionales que delimitan los alcances del trabajo profesional al marco del equipo interdisciplinario de salud. Este nuevo paradigma tiene relación con la salud mental colectiva por cuanto esta refleja la estrategia esencial para la transformación cultural y organizativa del modelo tradicional del sistema de salud mental. Aún más, al apoyarse en la estrategia de atención primaria de salud, subraya el respeto por los derechos humanos y el trabajo integral en espacios territoriales en el marco de redes y equipos interdisciplinarios. Sin embargo, esta transformación en las representaciones sociales acerca de la salud mental no es inmediata. Aún hoy, existen profesionales que desconocen la Ley Nacional de Salud Mental o que incluso reconocen que esta no ha modificado en absoluto su práctica cotidiana (Cáceres, Granja, Osella y Percovich, 2017).

Las representaciones sociales que se construyen y circulan sobre la salud mental guían las acciones y las decisiones individuales y colectivas. La actitud, en cuanto componente valorativo de las representaciones sociales, constituye la orientación global, positiva o negativa, hacia ese objeto social representado. De este modo, las decisiones y los comportamientos se orientan por las representaciones sociales que construimos sobre objetos valorados y significativos para nuestra vida social.

Mientras las formas de desarrollo de competencias en el campo de la formación de las ciencias de la salud en general, y en el campo de la salud mental en particular, estén sustentadas en representaciones vinculadas con el saber psiquiátrico hegemónico y con la enfermedad, la atención en salud mental quedará delimitada a profesiones del campo “psi”, y se estará cada vez más lejos de lograr un

compromiso asistencial, participativo, promocional y social interdisciplinario (Stolkiner, 2000).

Se desprende de lo anterior la inquietud por conocer las representaciones sociales sobre salud mental de los docentes y estudiantes, en el marco de la formación de futuros profesionales de la salud. La persistencia de los modelos hegemónicos ocasiona posibles efectos iatrogénicos o estigmatizantes. Por dicha razón, consideramos pertinente revisar conceptualizaciones y representaciones sociales en salud mental implicadas en los procesos educativos.

De este modo, surgen los siguientes interrogantes: ¿cuáles son las representaciones sociales que los docentes y estudiantes de salud presentan sobre la salud mental?; ¿de qué modo esas representaciones modifican sus prácticas como docentes, cómo las modifican?; ¿los docentes de Medicina y Enfermería adecuan o no sus propuestas curriculares al documento sobre lineamientos de mejora?; ¿de qué modo esas representaciones influyen en el aprendizaje de nuevos enfoques en los estudiantes?; ¿cómo perciben los docentes la necesidad de formación en salud mental?

## **Presupuestos teórico-metodológicos**

### **El enfoque teórico**

El eje central de esta investigación es el concepto de “representación social”. Para Moscovici, este puede definirse como una forma de entender y comunicarse que tiene una sociedad o un grupo social. A partir de esto, se construye la realidad y el conocimiento de la vida cotidiana. Jodelet considera que las representaciones sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana; una forma social de conocimientos y, correlativamente, una actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen (Jodelet, 1989, p. 473, en Chardon, 2008).

Cristina Chardon (2008) nos explica que se ubica a la representación social en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social. En primer lugar, porque concierne al modo como cada sujeto social, utilizando el conocimiento que su propia experiencia le ha aportado, aprehende su medio ambiente, los acontecimientos diarios, la información que circula y las personas de su entorno. En segundo lugar, porque lo social interviene ahí a través del contexto concreto en el que se sitúan los individuos, de la comunicación que se establece entre ellos, de los marcos de aprehensión que proporcionan su bagaje cultural, de los códigos, los valores y la ideología relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas (Jodelet, 1988, en Chardon, 2008).

Una preocupación central de las investigaciones sobre representaciones sociales es que 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 (Stolkiner, 2000).

Al referirnos a construcciones del conocimiento, el concepto sobre representación ha sido adoptado por un gran número de disciplinas; lo encontramos en la sociología, la psicología, la psiquiatría, la antropología y dentro de muchas otras, pero siempre la reflexión se orienta hacia la necesidad de interpretar un universo simbólico que, al ser compartido por las personas, posibilita su acción e interrelación y que en el cotidiano sirve de soporte para las ideologías dominantes y facilita la institucionalización de algunas prácticas sociales.

La teoría de las representaciones sociales (Moscovici, 1961; Jodelet, 1984) se presenta como un medio para comprender la vida social desde una perspectiva psicológico-social. Las representaciones sociales constituyen una mediación que permite dar cuenta del hombre y de su relación con el mundo, de la manera en que se

construyen socialmente conocimientos prácticos compartidos intersubjetivamente. Las representaciones sociales son una explicación o teoría social que los sujetos, como parte de un colectivo, forman 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 otras formas de construcción de conocimientos: el mito –ideología narrada que unifica representaciones a través de su valor colectivo y que da orden y sentido al mundo–, el imaginario social –que estructura la experiencia social y construye la realidad social al sostener el sistema ideológico de una sociedad–, y la experiencia –la vivencia (Jodelet, 2006), en el sentido de lo emocional y lo identitario–. El conocimiento del sentido común favorece una experimentación del mundo y sobre el mundo, dando lugar a las prácticas sociales. Estas, 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 – el universo consensual, basado en la negociación y la aceptación recíproca – presentes en las relaciones sociales de la vida cotidiana, entre diferentes grupos – “polifasia cognitiva” – (Moscovici, 1984). En otras palabras, se constituyen a partir de procesos característicos: objetivación, por el cual lo abstracto se hace concreto; anclaje, por el cual se integra la novedad para la interpretación de la realidad; y las *themata*, concepciones primitivas generadoras de representaciones particulares, ancladas en términos de tensiones, que contribuyen a la organización del pensamiento social, y funcionan como núcleos semánticos que organizan los discursos.

Asimismo, las representaciones sociales tienen como función la interpretación de un universo simbólico que, al ser compartido por las personas, posibilita la institucionalización de algunas prácticas sociales. Son una modalidad particular del conocimiento, que se sustenta en los comportamientos y la comunicación entre los individuos de un grupo social. Se constituyen en un corpus organizado de conocimientos y en una de las actividades psíquicas por la cual los hombres hacen inteligible la realidad física y social, y se integran a un grupo en una relación cotidiana de intercambios (Mora, 2002; Jodelet, 1986). Esta construcción responde a tres necesidades:

- a. la clasificación y comprensión de acontecimientos complejos y novedosos;
- b. la justificación de acciones planeadas o cometidas contra otros grupos; y
- c. la diferenciación de un grupo respecto de los demás existentes.

Las representaciones sociales están compuestas por un conjunto de actitudes, creencias, imágenes e informaciones que se organizan en tres dimensiones –actitud, información y campo representacional– que se entrelazan entre sí y que son analizadas por separado con fines didácticos y empíricos (Jodelet, 1986). Desde un punto de vista epidemiológico, la línea de trabajo de esta investigación se corresponde con investigaciones *etnoepidemiológicas* que analizan los sistemas de signos, significados y símbolos en torno a las representaciones sociales que tiene la población referidas a problemáticas específicas del sector (Almeida Filho, 1992; Corin, 1990; Corin, 1992; Frankel, 1996, 2011).

### El enfoque metodológico

Dado el objeto de estudio –su naturaleza, los resultados esperados–, el enfoque metodológico es una combinación

cuali-cuantitativa, para lo cual hemos adoptado como abordaje la triangulación de instrumentos.

Se trata de un proceso escalonado de modo tal que la estructura que guía el instrumento cuantitativo proviene del trabajo de campo cualitativo, por lo cual estimamos que el trabajo cualitativo precede a la encuesta (Vasilachis de Gialdino, 1993, 2003).

El universo corresponde a los estudiantes y docentes de las carreras de Enfermería, Kinesiología, Medicina y Nutrición del Departamento de Salud de la UNLaM.

En un primer momento, se llevó a cabo el trabajo cualitativo mediante entrevistas y grupos focales, utilizando como criterio de corte la saturación teórica. Para el segundo momento cuantitativo, se trabajó con una guía autoadministrada.

En el caso de los estudiantes, la selección de la muestra ha sido no probabilística, intencional por criterios. La selección de casos siguió los criterios teóricos que tuvieron en cuenta como propósitos teóricos la información preexistente sobre la salud mental y también los de relevancia al seleccionar a los estudiantes entrevistados según rangos de heterogeneidad.

El trabajo con los docentes también se planificó en las mismas etapas. La cuantitativa se realizó mediante un muestreo aleatorio simple. La muestra en este caso fue de carácter probabilístico, y el universo incluyó a todos los docentes de las carreras en cuestión.

Las entrevistas en profundidad fueron 1sicosocial en documentos Word y luego transformadas en archivos.txt, para poder realizar los análisis cualitativos e identificar las categorías recurrentes. Se definieron los códigos en función de los objetivos del proyecto, pero también tomando en cuenta las expresiones y manifestaciones de los actores. Es decir, se categorizaron los datos cualitativos utilizando las posturas EMIC (punto de vista del actor) y ETIC (punto de vista del investigador).

Respecto a la cuestión ética, se han contemplado los criterios básicos y elementales para cualquier investigación, como lo son el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos.

Con relación al consentimiento informado, se ha tenido presente la autonomía de los participantes en cuanto a su voluntad para participar o no de la investigación, el manejo de la confidencialidad, así como también de los hipotéticos beneficios de su participación en ella. Es destacable que la información recopilada en el presente estudio no se encuadró en el tipo de información denominada “sensible”, en los términos de lo establecido en el artículo 2.º de la Ley 25.326. Sin embargo, sí se tuvieron en cuenta los artículos 5.º, 6.º y 8.º tal como se detalla a continuación.

Asimismo, el equipo de trabajo tomó los recaudos necesarios a los efectos de dar cumplimiento con los requisitos éticos para poder desarrollar el estudio. La información relevada ha sido siempre de naturaleza anónima; por esta razón, quienes han llevado a cabo el análisis y la interpretación de los datos fueron miembros del equipo de investigación que no participaron en el relevamiento de la encuestas y entrevistas. De la interpretación final, se encargó el director de la investigación. Esta diversificación de tareas dentro del equipo permitió abonar un proceso de análisis garantizando de esta forma el respeto por la confidencialidad, privacidad e intimidad de los participantes.

Considerando que se trata de un espacio académico con una masiva circulación de estudiantes y docentes, subrayamos que el resguardo de la privacidad ha sido necesario para garantizar el anonimato. Acentuamos que, dada la participación estrictamente voluntaria de docentes y estudiantes, se ha garantizado que los entrevistados pudieran retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones ni sufrir ningún tipo de penalización por ello.

Respecto al resguardo y la protección, destacamos que las siguientes leyes nacionales y provinciales regularon el proyecto:

- Ley 26.994/14 del Código Civil y Comercial, que reconoce en sus artículos 51.º, 52.º y 53.º el derecho a la inviolabilidad de la persona humana, respetando su dignidad, imagen o identidad. Alude también en su artículo 58.º a los requisitos para las investigaciones en seres humanos, y el artículo 59.º expresa la declaración de voluntad del participante a través del consentimiento previo, libre, escrito, informado y específico.
- Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, que en su artículo 5.º determina el requerimiento del consentimiento informado de quien participe, en el artículo 6.º establece que se debe informar la finalidad, los destinatarios y el manejo de datos de los participantes de la investigación, y en el artículo 8.º habla específicamente sobre los datos relativos a la salud.
- Ley Provincial 11.044 de Investigación en Salud, que contempla los siguientes criterios: la investigación debe estar justificada en función de parámetros éticos y científicos, debe obtener el consentimiento de los sujetos de la investigación, y tiene que ser autorizada por la institución de salud y aprobada por los Comités de Ética e Investigación.

Por otra parte, resulta adecuado resaltar que, en los casos en que los estudiantes entrevistados se encontraban cursando unidades de aprendizaje a cargo de alguno/s de los integrantes del equipo de investigación, otros miembros llevaron a cabo el relevamiento; de este modo, se ha asegurado limitar incidencia alguna sobre el desarrollo de la asignatura.

Finalmente, al respetar derechos e intereses de todos los participantes –incluido los de los miembros del equipo de investigación–, también se ha protegido la calidad y veracidad de los datos.

## Resultados preliminares

Las representaciones de los estudiantes y docentes parecerían más afines con los paradigmas dominantes. En este marco las demandas resultan ser instrumentales por cuanto predominan los requerimientos por adquirir mejores herramientas teóricas y metodológicas a los efectos de futuras intervenciones profesionales.

Se incluye la demanda por tener más asignaturas o talleres que brinden información sobre aspectos teóricos y prácticos de las problemáticas vinculadas con la salud mental y con la ley.

Los estudiantes de Enfermería y Medicina reflejan mayor interés en la temática, en el caso de la enfermería en salud mental o de la especialización en psiquiatría. En cambio, los decires de los estudiantes de Kinesiología y de Nutrición evidencian desconocimiento general sobre el tema. Destacamos que los problemas de adecuación a los lineamientos que propone la ley se ven reflejados en que los cambios de paradigma encuentran espacios de resistencia en los colectivos profesionales y en los ámbitos académicos.

La coexistencia de paradigmas manicomiales y tutelares en salud mental –y, por lo tanto, el encierro como respuesta inmediata ante los problemas de salud mental– con paradigmas desmanicomializantes y de restitución de derechos se traduce en un campo de tensión. En este marco siguen siendo predominantes las representaciones sociales hegemónicas sobre la salud mental.

... lo que pasa con las leyes es una cosa y otra cosa es que se pueda llevar a la práctica. No sé... esto... de pensar que no haya instituciones o que no estén institucionalizados algunos pacientes que requieren/necesitan institucionalización, que no todo puede resolverse puertas afuera o de manera ambulatoria, y bueno, nada... de ese tipo, no todo se resuelve de esa manera como a uno le gustaría *utópicamente*, que no haya hospitales o que no haya gente internada en los hospitales... Hay gente que necesita estar internada en un hospital, que,

si lo sacas de ahí y tienen por ahí años que estuvieron institucionalizados y después no tienen otra familia donde ir o algún trabajo o algo, entonces separarlos de eso es dejarlos en la calle (docente de Enfermería).

La investigación corrobora, en este sentido, el planteo respecto a que los espacios académicos y profesionales son resistenciales para la implementación del paradigma de la salud mental comunitaria y los derechos humanos. Por esta razón, y en consonancia con las tensiones entre modelos, los docentes conservan sus representaciones sociales asociadas al modelo manicomial. Estereotipos, prejuicios y estigmas se transmiten a través del proceso de enseñanza-aprendizaje, tales como una supuesta peligrosidad e irreversibilidad del padecimiento mental, y se traducen en conductas discriminatorias o manifestaciones de violencia institucional.

¿Tiene sentido dar la ley en la universidad? Si no le decís al estudiante hacia dónde vamos... Ya venía funcionando en cada uno antes de la ley que la estructura asilar, de encierro no podía subsistir... (docente de Medicina).

Sin embargo, el paradigma dominante es el que sobresale. El problema es la gestión: las emociones se gestionan, se administran. Es el lenguaje del control, de la disciplina.

No se gestiona acerca de las emociones, se enseña matemáticas, por ejemplo, lengua, pero no a gestionar las emociones. Y eso repercute en la psiquis y en la salud mental (docente de Medicina).

Así como cambie de opinión sobre salud mental, para mí la ley fue un salto cualitativo, en términos de legislación, no así con los hechos... Eso pasa con muchas leyes, salen las leyes, son muy lindas, pero cuesta mucho operativizarlas. Muy lejos de concretarse en los hechos... (docente de Medicina).

O el lenguaje de incumbencias.

Los profesionales y atribuciones o facultades a profesionales que no tienen la pertinencia en el tema específico como los asistentes sociales, o asistentes ocupacionales, a que puedan tomar decisiones sobre un paciente grave o crónico, sin contar el tema de la internación involuntaria que es muy compleja... (docente de Enfermería).

## Conclusiones

En lo que respecta a la formación de los estudiantes, se observa la necesidad de incorporar a los currículos de las carreras de Enfermería, Kinesiología y Nutrición contenidos transversales que profundicen los conceptos y las teorías acerca de la salud mental comunitaria. El objetivo será dotar a los futuros profesionales herramientas para el desempeño de su profesión, orientando a la humanización de la práctica y evidenciando las desventajas y los atrasos de replicar el modelo manicomial que aún sigue vigente en los discursos.

En lo que respecta a la carrera de Medicina, si bien su currículo incluye asignaturas relacionadas con la psicología social y comunitaria y con la salud mental, se comprueba que esto no es suficiente. El currículo innovado podría contribuir a transformar dichos saberes hegemónicos, debido a que plantea la necesidad de un equipo docente interdisciplinario, a la vez que el escenario campo posibilita que los estudiantes tengan conocimiento del sistema de salud desde el primer año de la cursada. Sin embargo, esta misma situación los enfrenta con un sistema de salud con innumerables obstáculos que dificultan la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. En consecuencia, cuando los estudiantes de Medicina hablan acerca de la internación y de las instituciones psiquiátricas, las respuestas dan cuenta de la falta de transformación de sus representaciones sociales. Un ejemplo de ello es que asocian salud mental con locura, o sostienen que la salud mental es un problema

individual. Esta situación se repite también en los estudiantes de Enfermería, que tiene en su currículo una carga importante de contenidos en salud mental.

A partir de los resultados de la investigación, se subraya que el conocimiento científico que se va adquiriendo genera tensiones en las representaciones sociales e incide de modos diversos en las prácticas preprofesionales de los estudiantes. Se puede inferir, por lo tanto, que esta problemática se encuentra vinculada a los obstáculos para la implementación de la ley en los distintos servicios del sistema de salud (unidades sanitarias/hospitales) y a la dificultad para el trabajo tanto interdisciplinario como intersectorial, como así también a la primacía del discurso acerca de la locura y la peligrosidad presente en medios de comunicación y la población en general.

Estos resultados coinciden con los encontrados en la investigación llevada a cabo por Sergio Remesar, donde la información obtenida coincide con el supuesto de que, si bien a lo largo de la formación las representaciones sobre el cuidado de la salud mental se iban a ir transformando, aún perduran núcleos duros arraigados en el sentido común (Remesar, 2017).

Así, el cambio de paradigma en la concepción de la salud mental que propone la ley aún no se terminó de dar en la comunidad de estudiantes, y parcialmente en los planes de estudio vigentes o los contenidos de las asignaturas específicas. Este tipo de cuidado se centra en las prácticas y el saber médico-psiquiátrico, con control sobre los procesos biológicos por medio de la medicalización y la tecnología, desconociendo a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho respetando su autonomía e independencia.

En este mismo sentido, esto se ve reflejado en los dichos de los docentes de distintas carreras que mencionan la ley como adecuada y novedosa pero prácticamente “inaplicable” en nuestro contexto, desconociendo las prácticas y los dispositivos acordes a los principios de la ley y

que existen incluso desde antes de su sanción. A su vez, esto se relaciona con la hegemonía propia de las disciplinas que aún no han modificado sus cursadas, lo cual tiene como resultado prácticas centradas en el modelo médico-hegemónico, que se basan en la individualidad, que son ahistóricas y que desconocen la determinación social en salud.

Como se ha desarrollado a lo largo del artículo, puede observarse que, tanto en los estudiantes como en los docentes de ciencias de salud, sigue vigente el modelo asilar como respuesta a las problemáticas de la salud mental. De este modo, se observa la necesidad de construir nuevos conocimientos en las ciencias de la salud y de continuar en el camino de la implementación de la ley.

## Bibliografía

- Almeida Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números*. Washington D. C.: OPS.
- De Azevedo, D. M. y De Miranda, F. A. N. (2011). A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery*, 15(2), 354-360.
- Bardín, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Betancur, C., Restrepo-Ochoa, D., Ossa, Y., Zuluaga, C. y Pineda, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *Revista CES Psicología*, 7(2), 96-107.
- Cáceres, C., Granja, G., Osella, N. P. y Percovich, N. (2016). Proyecto de violencia institucional: Hacia la implementación de políticas de prevención en Argentina. Asociación de Derechos en Salud Mental (ADESAM), Lomas de Zamora (mimeo).
- Chardon, M. C. (2008). Representaciones sociales del cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. *Arqui-*

- vos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 10-19, Universida de Federal do Rio de Janeiro, Río de Janeiro. Disponible en [bit.ly/3qdqBwl](http://bit.ly/3qdqBwl).
- Cherif, W., Elloumi, H., Ateb, A., Nacef, F., Cheour, M., Roelandt, J. y Caria, A. (2012). Social representations of the psychiatric care in Tunisia. *La Tunisie Médicale*, 90(12), 862-866.
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. Anexo III. Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas. Artículo 33.º. Ley Nacional n.º 26.657. Disponible en [bit.ly/3trZxu3](http://bit.ly/3trZxu3).
- Corin, E. et al. (1990). *Comprendre pour soigner autrement. Reperes pour regionaliser les services de Santé Mentale*. Montreal: Presses de la Universite de Montreal.
- Corin, E. et al. (1992). *La Place de la Culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui. Parametres pour un cadre de reference*. Psychopathologie Africaine, Montreal, XXIV.
- De Souza Minayo, M. C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). Recomendaciones para el tratamiento de temas de Salud Mental en los medios. Disponible en [bit.ly/3pEWM7V](http://bit.ly/3pEWM7V).
- Di Marco, M. H., Bugge, M. y Bossio, N. (2015). 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., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comps.). *Determinantes de la Salud mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.
- Fränkel, D. (1996). *Etnoepidemiología en Salud Mental: el despertar de un paradigma en salud mental en atención primaria de la salud. Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional*. Montevideo: Editorial Oficina del Libro AEM, pp. 115-124.

- Gómez, G. y Osorio, C. (2015). Representaciones sociales de la Educación para la Salud: docentes Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (en línea), 33, enero-abril. Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2018. Disponible en [bit.ly/3vHEPtd](http://bit.ly/3vHEPtd).
- Jefatura de Gabinete de Ministros, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud (2015). Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental. Disponible en [bit.ly/3Kn6tQm](http://bit.ly/3Kn6tQm).
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós, pp. 478-494.
- Jodelet, D. (2003). Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre de 2002. *Relaciones*, 24(93), 115-134. Disponible en [bit.ly/3ick40D](http://bit.ly/3ick40D).
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. En Haas, V. (comp.). *Les savoirs du quotidien*. Francia: PUR.
- Jorge, M. S. B., Ramirez, A. R. A., Lopes, C. H. A. F., Queiroz, M. V. O. y Bastos, V. B. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 135-142.
- Lacolla, L. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender nuestros alumnos. En *ieRed. Revista Electrónica de Investigación Educativa* (en línea), 1(3), julio-diciembre. Disponible en [bit.ly/3Mmy5a5](http://bit.ly/3Mmy5a5).
- Leão, A. y Barros, S. (2011). Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 137-152.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: Decreto n.º 603/2013. Reglamentación de la Ley n.º 26.657. Publicado en Boletín Oficial 28/05/2013. Disponible en [bit.ly/3KgssZ2](http://bit.ly/3KgssZ2).
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ley Nacional n.º 26.657. Derecho a la protección de la salud mental. Publicada en el Boletín Oficial del 03/12/2010, n.º 32.041. República Argentina. Disponible en [bit.ly/3HKUw5b](http://bit.ly/3HKUw5b).
- Moll, L. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31(1), 99-128.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Sergio Moscovici. *Atenea Digital*, (2), Universidad de Guadalajara, México.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners. *The British Journal of Social Psychology*, 45(4), 817-838.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul (edición original en 1961).
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En Farr, R. y Moscovici, S. (eds.). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. y 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.
- Pekarek, A. (2015). Reflexiones sobre rutas críticas y experiencias de padecimiento. En Faraone, S., Bianchi, E. y Giraldez, S. (comps.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos

Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.

- Pereira, M. A., Barbieri, L., De Paula, V. P. y 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), 567-572.
- Piña Jiménez, I. (2005). Pensar en la salud mental y en la formación de sus docentes. *Enfermería Universitaria* (en línea), 2, septiembre-diciembre. Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2018. Disponible en [bit.ly/3sMFgAB](https://bit.ly/3sMFgAB).
- Remersar, S. (2017). Representaciones sociales y salud mental: encrucijadas en la formación de los profesionales de la salud. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa* (3.º edición). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Samaniego, C., Cárcamo, S. y Frankel, D. M. (2011). La imagen profesional de enfermería en su contexto de trabajo. *Hologramática*, año VII, 14(1), 59-92, Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ.
- Sarraceno, B. (2007). La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En Rodríguez, J. (ed.). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington D. C.: Biblioteca OPS/OMS, pp. 6-20.
- Solano Murcia, M. I. y Vásquez Cardozo, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202.
- Stolkiner, A. (2000). Acerca de la Interdisciplina. Ficha de cátedra. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA. Publicación web de la cátedra de Salud Pública.
- Torres López, T. M., Maheda Guzman, M. E. y Aranda Beltrán, C. (2004). Representaciones sociales sobre el

psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 2, 29- 42.

- Torres López, T. M., Munguía Cortés, J. A., Aranda Beltrán, C. y 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.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1993). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico epistemológicos*. Buenos Aires: CEAL.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003). *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. y Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental, ix Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani, Buenos Aires. Disponible en [bit.ly/3ChW7hI](http://bit.ly/3ChW7hI).

# Formación profesional de terapeutas ocupacionales de Argentina en salud mental a partir de la Ley 26.657

*Incorporación de las recomendaciones del art. 33.º en los planes de estudio vigentes de las carreras de grado*

ANDREA ALBINO

## Introducción

En este capítulo se presentan resultados preliminares de la tesis sobre formación de profesionales de terapia ocupacional en salud mental de la maestría en Metodología de la Investigación Científica del Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional de Lanús.

La Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales refiere en su página web<sup>1</sup> que la terapia ocupacional es una profesión que brinda sus servicios en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. De acuerdo con la Ley 27.051/2014<sup>2</sup>, la formación para el ejercicio profesional de las y los terapeutas ocupacionales en Argentina es únicamente universitaria en grado, y en posgrado la formación específica de terapia ocupacional se realiza a través de las residencias de terapia ocupacional y de las especialidades universitarias. También se incluye en

---

<sup>1</sup> Véase [bit.ly/3KjNRjT](http://bit.ly/3KjNRjT).

<sup>2</sup> Ley Nacional del Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional.

las residencias interdisciplinarias, en residencias posbásicas y en posgrados (especialidades, maestrías y doctorados) interdisciplinarios.

Esta profesión está incluida junto con psicología, trabajo social, enfermería, medicina y abogacía en la conformación de equipos interdisciplinarios según la Ley Nacional de Salud Mental, y es por ello por lo que se considera relevante dar cuenta de la formación universitaria en relación con los principios de la ley.

Los saberes, las prácticas y los principios valorativos que se espera adquieran los profesionales de la salud se plasman en los planes de estudio y los programas de las asignaturas de la formación. De este modo, analizar las propuestas formativas que se plantean en los planes y programas de las materias de las diferentes carreras de Terapia Ocupacional del país y caracterizar los planes de estudio vigentes respecto de las recomendaciones a las universidades relacionadas con el art. 33.º de la ley permite comprobar la concordancia de los contenidos con la Ley Nacional de Salud Mental, de forma que promuevan y favorezcan su plena implementación.

Los resultados preliminares que se presentan corresponden al análisis de una muestra de los planes de estudio vigentes de carreras del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en el marco de la tesis de maestría “Formación profesional de terapeutas ocupacionales de Argentina en Salud Mental. Incorporación de las recomendaciones del art. 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 en los planes de estudio y programas vigentes de las carreras de grado de Terapia Ocupacional del país”<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> La tesis se encuentra asociada al proyecto de investigación “Amilcar Herrera, convocatoria 2016-2018”, cuya directora es la Dra. María Marcela Bottinelli.

## Antecedentes

La formación de terapeutas ocupacionales en la Argentina se inicia en el año 1956 con un curso de formación de auxiliares de terapia ocupacional. A través de un convenio que realiza la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado con el gobierno británico, el Estado nacional convoca a profesionales ingleses para dar respuesta a la demanda por la epidemia de poliomelitis en el país (Testa, 2013). Estas personas llegan a la Argentina para formar a profesionales de disciplinas relacionadas a la rehabilitación, por lo que crean los cursos de auxiliares en Fisioterapia y Terapia Ocupacional, y en 1959 se funda la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) (Nabergoi, 2013).

Las terapeutas ocupacionales inglesas a cargo de planificar el programa de formación se esfuerzan para que este cumpla con los requisitos establecidos por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Para que la carrera tenga reconocimiento nacional e internacional, el plan debe incluir la misma carga horaria de formación en el área de la salud mental como en el área física (Nabergoi, 2013) y cumplir con mil horas de práctica preprofesional, y el país debe contar con una asociación profesional nacional. Si bien la carrera se crea para dar respuesta a las demandas sociales en relación con la rehabilitación de las personas con secuelas motoras resultado de la epidemia de polio, los contenidos relacionados al campo de la salud mental tienen desde entonces la misma carga horaria que los destinados al área física (Bottinelli, Pellegrini, Muholland, Nabergoi *et al.*, 2008). Respecto a las horas de práctica preprofesional, las primeras estudiantes tienen que gestionar espacios de práctica en espacios del campo de la salud mental donde aún no existen cargos creados. Las primeras inserciones laborales son en el Hospital Borda en los equipos de García Badaracco y en el año 1965 en el Servicio de Psicopatología del Hospital Araoz Alfaro a cargo de Mauricio Goldenberg, y las terapeutas ocupacionales participan de todos los

dispositivos y equipos del servicio (Galende, 1996; Carpintero y Vainer, 2004).

Las terapistas inglesas, junto con la creación de la ENTO, impulsan para que las primeras egresadas argentinas organicen la asociación nacional que se funda en 1962, cumpliendo así con todos los requisitos necesarios para el reconocimiento internacional y para participar como miembro activo de la Federación Mundial (Bottinelli *et al*, 2008).

La participación en el servicio de psicopatología del Lanús, así como el paso de muchas terapistas por las residencias interdisciplinarias en salud mental de los años 80, marcan una forma particular de ejercer la profesión que puede observarse en los espacios por donde han circulado, donde pueden distinguirse los valores y el trabajo interdisciplinario y comunitario (Nabergoi, 2013).

Este breve recorrido por los inicios de la terapia ocupacional en la Argentina da cuenta de la participación de la profesión en el campo de la salud mental.

## La profesión y la formación en la actualidad

La Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales participa de la Federación Mundial desde su creación. Desde entonces, se crearon en todo el país filiales de la AATO en seis provincias, once asociaciones, cinco colegios y dos agrupaciones. Todos se nuclean en la Red Nacional de Terapistas Ocupacionales (ReNaTO)<sup>4</sup>.

La terapia ocupacional lleva sesenta años desde la creación de la ENTO en Argentina. En la actualidad la formación es universitaria, hay veintiuna carreras de grado, dos especializaciones, residencias específicas de terapia

---

<sup>4</sup> Puede encontrar información más detallada en [bit.ly/3KjNRjT](http://bit.ly/3KjNRjT), página de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales.

ocupacional y cargos en Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM) y Salud Mental Comunitaria.

En relación con las carreras de grado, de las veintiuna carreras de Licenciatura en Terapia Ocupacional, ocho son de gestión pública y trece, de gestión privada. De estas últimas, cinco se crearon en los últimos años (entre 2018 y 2019).

Los directores de carrera de gestión tanto pública como privada se nuclean en el Consejo de Carreras de Terapia Ocupacional (COCATO); la conformación del consejo fue impulsado para trabajar en la incorporación de la terapia ocupacional en el art. 43.º de la Ley de Educación Superior (LES), entendiéndose que esta es una disciplina que, como consecuencia de su ejercicio, puede afectar de manera directa o indirecta en la salud y en los derechos de la población. Desde su fundación en el año 2010, los directores de la carrera han trabajado en la elaboración del documento de solicitud de incorporación de la terapia ocupacional en el art. 43.º de la LES, que fue presentado en el año 2019, y en el día 4 de septiembre del 2020 se la incorporó al art. 43.º, reconociéndose de esta manera que es una disciplina que compromete el interés público, que se encuadra en la noción de actividad de riesgo. A partir de esta incorporación, un grupo del COCATO se encuentra trabajando en la elaboración de los estándares de formación para la acreditación de las carreras por parte de la CONEAU, instrumento guía para la adecuación de los planes de estudio a nivel nacional. De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación a la que está asociada esta tesis, este documento fue central en la actualización y adecuación de los planes de estudio de las disciplinas incorporadas en el art. 43.º, y, en este sentido, fue estratégico para la formación de los profesionales desde una perspectiva de derecho.

La formación de posgrado universitario de las y los terapeutas ocupacionales se realiza en dos especialidades universitarias: una en niñez en la Universidad de Buenos

Aires<sup>5</sup>, y la otra en comunidad<sup>6</sup> en la Universidad Nacional de Quilmes<sup>7</sup>. La formación en el sistema de residencia se realiza en residencias específicas de terapia ocupacional, hay en el ámbito público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires y algunas en el ámbito privado: FLENI y AEDIN. Las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM) en la Provincia de Entre Ríos, en CABA y la Provincia de Buenos Aires dependientes del Ministerio de Salud de la Nación, y la Residencia en Salud Mental Comunitaria en Chubut.

Las carreras universitarias y las residencias son los únicos espacios oficiales de formación reconocidos por nuestra Ley Nacional de Ejercicio de la Profesión.

La formación de grado está organizada entonces en dos grandes ramas que se corresponden con el campo físico y el campo de la salud mental. Dentro del currículo se encuentran asignaturas relacionadas con la formación específica de Terapia Ocupacional (modelos, marcos de referencia, técnicas específicas de intervención según el campo), un grupo de asignaturas biomédicas (como Anatomía, Fisiología, Clínica Médica, Neurología, entre otras), y un tercer grupo de materias con relación al campo de la salud mental (Psicología, Psiquiatría, Psicopatología, etc.). Dentro de las asignaturas troncales de la formación, específicas de la disciplina, se encuentran las prácticas preprofesionales, que implican mil horas de práctica y que son requisito fundamental para cumplir con los estándares mínimos para la formación que establece la Federación Mundial (WFOT, 2016). Tanto las materias de práctica profesional, como las de marcos y modelos específicos de TO se organizan por áreas de intervención y en general no llevan los nombres de

---

5 Especialización en Terapia Ocupacional: Patologías y Terapéuticas de la Niñez (UBA).

6 Especialización de Terapia Ocupacional Comunitaria (UNQ).

7 El Consejo Superior de la Universidad Nacional de Quilmes aprobó a fines del 2020 la Maestría en Terapia Ocupacional, que actualmente se encuentra iniciando los trámites para su aprobación por CONEAU.

estas, sino que son nominadas por números (Terapia Ocupacional 1, 2, 3, Teoría y Técnica de la Terapia Ocupacional 1, 2, 3, La Ocupación y su Proceso 1, 2, 3, y la Práctica 1, 2, 3, por ejemplo), lo que dificulta la anticipación en relación con qué contenidos se pueden encontrar en cada una de las asignaturas.

Con respecto a la inserción laboral de los terapeutas ocupacionales, puede observarse un gran crecimiento y participación en salud mental conformando equipos interdisciplinarios y espacios comunitarios, como así también en espacios de gestión.

En cuanto a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, las y los terapeutas ocupacionales participaron a través de representantes de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO) y la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ATOGBA) en los procesos participativos de consulta a las organizaciones no gubernamentales de profesionales y usuarios del sistema de salud mental sobre la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657/10 y la generación del Plan Nacional de Salud Mental. Luego, la AATO participó del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones durante los dos primeros períodos del consejo (2014-2018) y en el último período; a partir del 2019, lo hace la ATOGBA.

En el mismo sentido participativo, docentes de diferentes carreras de Terapia Ocupacional trabajan en el documento de recomendaciones a las universidades públicas y privadas elaborado a través de consultas públicas con expertos, asociaciones, docentes y referentes en el área. Este documento (Ministerio de Salud, 2014) señala la importancia de la educación superior en la formación de profesionales de salud mental y sugiere que se incorporen en el currículo contenidos relacionados a la adopción del enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina tanto en la formación como en extensión e investigación. Los Lineamientos para la Mejora de la Formación de

Profesionales de Salud Mental operativizan estos conceptos organizándolos en cuatro ejes:

1. el enfoque de derechos;
2. la inclusión social;
3. la interdisciplina e intersectorialidad; y
4. la salud pública (Ministerio de Salud, 2015).

### **Algunos aspectos indagados y resultados preliminares**

Esta tesis se desarrolla en el marco de la investigación “Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657”<sup>8</sup>. Retoma en los análisis iniciales los aspectos relacionados con la ley y los documentos de las recomendaciones a las universidades y los lineamientos tal como se analizan y construyen los indicadores en la investigación. Por otro lado, en la tesis se amplía la muestra de planes de estudio de la carrera de Terapia Ocupacional, ya que se incluyen todos los de las universidades del país donde se dicta la carrera por ser un universo posible de abordar<sup>9</sup>. Para el desarrollo de la tesis, se encuentra necesario ampliar el análisis a los programas de las asignaturas generales, las troncales teóricas y prácticas relacionadas a la salud mental. Este capítulo presenta los

---

<sup>8</sup> Directora del proyecto: Bottinelli, M. M.; codirectora: Nabergoi, M. Departamento de Salud Mental Comunitaria. Convocatoria Amilcar Herrera 2016. Universidad Nacional de Lanús.

<sup>9</sup> Para ver detalles de la construcción de las muestras y la complejidad que implicó la posibilidad de acceder a los planes de estudio de las diversas carreras a pesar de ser información pública, se sugiere ver los hallazgos de la investigación “Adecuación de los planes de estudio vigentes de las carreras de grado de Trabajo Social, Medicina, Psicología y Derecho a las Recomendaciones a las Universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657”, cuyos resultados se presentan en este libro.

resultados preliminares con respecto a los planes de estudio de las carreras que se dictan en AMBA.

En esta investigación exploratoria-descriptiva, dentro de los aspectos metodológicos implementados, se realizó el análisis documental de la Ley Nacional de Salud Mental, de las recomendaciones del art. 33.º y de los lineamientos, y a partir de ello se armó una lista de palabras claves que surgen de los cuatro ejes que proponen los lineamientos: enfoque de derecho, inclusión social, interdisciplina e intersectorialidad, y salud pública. Estas palabras claves favorecieron la búsqueda de contenidos relacionados tanto en los contenidos mínimos de las asignaturas del plan de estudio, como en la fundamentación del plan, el perfil del egresado y los alcances del título.

Se analizaron siete planes de estudio que conforman el 53,8 % del universo de carreras de Terapia Ocupacional que tengan al menos un egresado al 2017. De esta muestra, seis son planes de universidades públicas (85,7 %), y uno, de una privada (14,3 %), dos son de universidades del Gran Buenos Aires (28,5 %), dos, de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (28,5 %), y tres, del resto del país (43 %). Los planes se analizaron a partir de los ejes de las recomendaciones a las universidades (art. 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental).

Con respecto al *enfoque de derechos*, se hallaron contenidos en todos los planes sobre los derechos de las personas con discapacidad, principalmente con relación al área laboral. Hay poca referencia a la normativa vigente ya que se trata de planes de estudio anteriores a la ley. En cuanto a normas nacionales e internacionales, se encontró la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), menciones a Alma Ata y la legislación del ejercicio profesional. Solo una carrera retoma la idea de ocupación como un derecho humano y como núcleos problemáticos jóvenes y conflictos socioculturales, subjetividades juveniles, derechos humanos, artes y expresiones contemporáneas.

Sobre el eje de *inclusión social*, se encuentra que todos los planes refieren especialmente a la inclusión de las personas con discapacidad, y en particular a su inserción laboral. Dos planes de estudio fueron modificados en los últimos años, en ellos aparecen temas relacionados a la diversidad cultural. En todas las carreras, se incluye una práctica pre-profesional comunitaria. En una se incorporan seminarios y materias teóricas y prácticas relacionados con grupos vulnerables, y algunos seminarios optativos. En todas las propuestas, se parte de la legislación nacional y local.

En todos los planes de estudio analizados, se encontraron contenidos relacionados al eje de *interdisciplina e intersectorialidad*: se observan los temas de interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina tanto en los contenidos mínimos de varios programas de los planes, como en los alcances del título y la fundamentación de la carrera. En algunos casos, este eje aparece en relación con la formación para desarrollar programas y planes de desarrollo social y comunitario interdisciplinarios. En otros, temas relacionados con redes de servicio.

En cuanto a *salud pública*, todos contienen contenidos relacionados con APS, promoción y prevención de la salud, cuatro tienen Salud Pública como materia, y entre los contenidos aparecen planes y programas nacionales y legislación vigente.

En relación con las materias teóricas y las prácticas preprofesionales de terapia ocupacional en salud mental, los contenidos mínimos giran en torno a la psicopatología, a los diagnósticos y a conceptos de la psiquiatría. Una carrera analiza en una de sus materias políticas públicas, planes y programas.

Algo para destacar es que, en un plan de estudio, aparecen dos asignaturas cuyos contenidos están organizados desde una perspectiva de derechos y abordan temas de todos los ejes, como así también están organizadas desde la legislación vigente. Como se trata de materias optativas,

no está garantizado el acceso de todos los estudiantes a esos contenidos.

## Conclusiones

A partir del análisis realizado de una muestra inicial de planes de estudio, se observa la necesidad de profundizar la búsqueda de información analizando los programas vigentes de las asignaturas relacionadas a la salud mental, ya que los planes en su mayoría son anteriores a la promulgación de la ley y de las recomendaciones, mientras que los programas de las materias tienen la posibilidad de ser actualizados cada año. Esto nos va a posibilitar sacar conclusiones sobre la adecuación a la normativa y sobre la incorporación en la formación de las recomendaciones a las universidades.

Una consideración a tener en cuenta es que se fueron observando en la participación de las y los terapeutas ocupacionales en espacios de formación normativas y trabajos presentados en congresos y jornadas que dan indicios de la incorporación de algunos de los principios de la Ley Nacional de Salud Mental en los discursos, ya sea a través de los contenidos curriculares, de capacitaciones específicas, o también de condiciones sociales, políticas y un conjunto de normativas que favorecen el desarrollo del ejercicio profesional de acuerdo al marco de la ley.

Con relación al enfoque de derecho, si bien las carreras universitarias están reguladas por el Ministerio de Educación de la Nación, la Licenciatura de Terapia Ocupacional debe alcanzar Estándares Mínimos para la Educación del Terapeuta Ocupacional establecidos por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, que a partir de 2016 incorporaron la necesidad de formación en derechos humanos.

En relación con la recomendación de introducir la perspectiva de género, incluyendo cuestiones tales como la

identidad de género y sus expresiones, de manera transversal y desde un enfoque de derechos, encontramos como antecedentes que en Latinoamérica, durante el XV Congreso Mundial de Terapia Ocupacional, realizado durante el mes de mayo de 2010 en Chile, Daniela Testa y Sandra Spampinato presentaron su trabajo “Implicancia de la perspectiva de género en las prácticas de salud mental y Terapia Ocupacional”. También, en el Congreso Nacional de Terapia Ocupacional realizado en el 2015 en Paraná, se generó un espacio denominado “Conversaciones sobre Terapia Ocupacional en clave de género”, donde se presentaron diferentes experiencias de residencias y tesis sobre el tema y se propuso la participación en programas educativos que ponen en práctica la Ley de Educación Sexual Integral de la República Argentina.

Dentro de las universidades, se fueron generando distintos espacios para pensar las intervenciones desde una perspectiva de género; algunos de ellos son los organizados por la Secretaría de Extensión Universitaria, en otra universidad por la Secretaría de Bienestar Estudiantil, en otra se brindaron espacios desde el Programa de Violencia de Género, y en el Encuentro Nacional de Estudiantes y Egresados de Terapia Ocupacional (ENEETO) se dedicó un espacio de taller y mesa de trabajo sobre la Ley de Educación Sexual Integral y la perspectiva de género. Durante el año 2017, se generaron espacios de aprendizaje sobre la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral y se abrieron cátedras sobre violencia y derechos humanos en una universidad.

En las carreras de Terapia Ocupacional, aparecen cada vez más estudiantes críticos e interesados para que se incorpore en la formación la perspectiva de género. Aparecen tesinas que retoman esta temática desde distintos aspectos, de forma que se puede dar cuenta de cómo la profesión se va recreando y repensando para dar respuesta a los nuevos desafíos que la sociedad propone.

## Bibliografía

- Bottinelli, M. M., Pellegrini, M., Muholland, M., Nabergoi, M., Martínez del Pezzo, Bredereke, M., Spallato, N. y Zorzoli, F. J. M. (2008). Proyecto de investigación: Revisión Histórica de la Terapia Ocupacional en la ENTO/ UNSAM. Medio siglo de crecimiento. R003. Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento. Universidad Nacional de San Martín. Mimeo.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los años 60 y 70. Tomo 1: 1957-1969*. Buenos Aires: Topía.
- Galende, E. (1996). Mauricio Goldenberg, por su estilo. En Goldenberg, M., Mauricio Goldenberg: (maestro, médico, psiquiatra, humanista). Colección: Testimonios para la experiencia de enseñar. Buenos Aires: Secretaría de Cultura y Bienestar Universitario de la Facultad de Psicología de la UBA.
- Ley n.º 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada: 25 de noviembre de 2010. Promulgada: 2 de diciembre de 2010. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3/12/2010, año CXVIII, n.º 32.041.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Recomendaciones para universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental. Argentina.
- Nabergoi, M. (2013). El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976). Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. UNLa.

Testa, D. E. (2013). Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la Terapia Ocupacional en Argentina, 1956-1959. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(4) Río de Janeiro. En [bit.ly/35EGV26](https://bit.ly/35EGV26).

# Los procesos de formación de profesionales en Psicopedagogía: diagnóstico, intervención profesional y matrices de formación en los planes de estudio

*Aportes de la Ley Nacional de Salud Mental*

PATRICIA VILA

Las tradiciones en la enseñanza relativas al proceso de diagnóstico tienen implicaciones para el ejercicio del rol profesional y sus modelos de intervención. Modelan la caracterización de los sujetos y el vínculo con las instituciones e interpelan la implicación de valores éticos y políticos que las atraviesan. Los lineamientos y las recomendaciones emanadas del marco normativo pueden propiciar una revisión de la formación con implicaciones específicas para la cuestión del diagnóstico y, por ende, de los modos de ejercicio profesional en relación con los procesos formativos.

En el presente escrito, compartiremos los avances de mi tesis doctoral del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa “El proceso diagnóstico psicopedagógico: Adecuación de los planes de estudio de la Licenciatura en Psicopedagogía aprobados por el Ministerio de Educación de la Nación Argentina, a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dirección de tesis: Bottinelli, M. M. Tesis adscripta en el marco del proyecto de investigación Bottinelli, M.M. y cols. (2016). Formación universitaria en

Nos proponemos como objetivo caracterizar la adecuación de los planes de estudio vigentes de carreras universitarias de formación de psicopedagogos/as de nuestro país respecto de las recomendaciones a las universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 expresadas en los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental, considerando los principios rectores que deben orientar de forma integral los contenidos de los procesos de formación de los futuros profesionales: el enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina y la salud pública.

Pretendemos analizar los objetivos de aprendizaje que se proponen los planes de estudios y los programas de las asignaturas relacionados con el diagnóstico psicopedagógico, cuestionando los modos en que este ha sido considerado tradicionalmente con respecto a lo expresado en el anexo I, Acta CoNISMA 12/14 en relación con las pautas para evitar su uso inapropiado, los medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar.

Pudimos acceder a diecisiete planes de estudio que presentan sus esquemas curriculares sin contenidos mínimos y solo a once planes de estudio que tienen, además de sus esquemas curriculares, los contenidos mínimos correspondientes a cada una de las asignaturas. Estos fueron

---

Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las recomendaciones a las universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adiciones n.º 26.657. Aprobado en la Convocatoria Amilcar Herrera Proyecto n.º: 80020160400029LA. (UNLa 2017-2018). Conforman el equipo de trabajo de dicho proyecto Mariela Nabergoi (codirectora del proyecto y de la mencionada tesis doctoral), Daniel Frankel, Sergio E. Remesar, Francisco M. Díaz, Carolina R. Maldonado, Andrea F. Albino, Ana Cecilia Garzón, Sonia Olmedo y Patricia Vila. Algunos de los integrantes del equipo participaron además como becarios "Abraham Sonis" del ex-Ministerio de Salud a través de la Comisión Salud Investiga. El objetivo general de ese estudio es caracterizar la adecuación de los planes de estudio vigentes de carreras universitarias de grado implicadas en el campo de la salud mental del Área Metropolitana (AMBA) respecto de las recomendaciones a las universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

analizados teniendo en cuenta los principios y las recomendaciones emanados de la Ley Nacional de Salud Mental respecto de la conceptualización de salud mental, el enfoque de derechos, la inclusión social, y la interdisciplina e intersectorialidad. Dentro de los hallazgos más significativos que desarrollaremos en detalle en el artículo, cabe señalar la ausencia de asignaturas que tengan en su nómina “Salud Mental” y la predominancia de materias que refieren a psicopatología, neuropsicopatología del aprendizaje y psicopatología del aprendizaje. Se observan asignaturas que proponen la enseñanza de instrumentos psicométricos desde los primeros años de la formación y la ausencia de elementos que permitan analizar las variables contextuales en las que tienen lugar los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Es significativa la ausencia de la perspectiva de derechos en los contenidos mínimos de algunas materias que tienen como sujeto de estudio la niñez, la discapacidad y el adulto mayor.

## De objeto de estudio y objeto de intervenciones

La psicopedagogía se ocupa de los sujetos que aprenden, por extensión de los sujetos que enseñan y transmiten, en cuanto enseñantes y aprendientes. Si bien habitualmente los/as profesionales<sup>2</sup> de la psicopedagogía son reconocidos/as (muchas veces autorreconocidos/as) como quienes se ocupan solo de las niñas y los niños en edad escolar, esta

---

<sup>2</sup> Una consideración especial merece la observación de la frecuencia del uso del masculino en los propios textos disciplinares, siendo que la psicopedagogía es una disciplina ejercida mayoritariamente por mujeres. Otra consideración es el pedido al lector de que comprenda que la inclusión y la convivencia son parte constitutiva del quehacer profesional de las psicopedagogas, los psicopedagogos y psicopedagogues, por lo que en este artículo utilizaremos el lenguaje inclusivo basado en la terminación en “a/o” para intentar incluir las diferencias de género.

disciplina constituye una práctica de cuidado que involucra una dimensión social y política.

La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657/10 (LNSM) y su reglamentación decreto n.º 603/13 entienden la salud como un derecho, promueven la salud integral, y fortalecen la atención primaria de la salud (APS). Ponen énfasis en las estrategias de intervención interdisciplinaria e intersectorial y el abordaje comunitario desde una perspectiva de derechos. La implementación de leyes y políticas requieren acciones que puedan ser sostenidas en el tiempo que contemplen la complejidad de los cambios (Bottinelli y cols., 2016).

La LNSM en su art. 33.º deja expresado qué aspectos se deben considerar y priorizar en la formación de los profesionales de la salud en general, haciendo énfasis en la importancia del conocimiento de las normas y los tratados nacionales e internacionales en derechos humanos (DD. HH.), salud integral (SI) y salud mental (SM).

La Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA) elaboró en el año 2014 una serie de recomendaciones a las universidades públicas y privadas donde sugieren cuatro ejes transversales a la formación, extensión e investigación: la adopción del enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina y la salud pública. A partir de ello, los Ministerios de Salud y Educación convocan a los/as directores/as de carreras de universidades públicas y privadas de todo el país a trabajar en las recomendaciones y elaboran un documento que las operativizan.

Los/as profesionales de la psicopedagogía no participaron de las reuniones de trabajo para presentar los lineamientos para cada carrera; sin embargo, la ley incluye en su modalidad de abordaje a todas las profesiones y carreras incluidas en el campo de la salud mental. La Licenciatura en Psicopedagogía aún no es reconocida entre las carreras cuyo ejercicio, según el art. 43.º de la Ley de Educación Superior n.º 24.521, compromete el interés público; y, por

otro lado, el art. 8.º de la Ley Nacional de Salud Mental menciona que “se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”. En este sentido, no puede negarse la injerencia de la disciplina en cuestión tanto en instituciones educativas como en ámbitos clínicos hospitalarios y jurídicos.

La misma comisión (CoNISMA) elabora también un documento denominado: “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”, aún más específico del campo de la práctica psicopedagógica. En dicho documento se alerta acerca de la tendencia creciente a abordar problemáticas que surgen del ámbito escolar a partir de la realización de diagnósticos de salud mental sobre la base de indicadores comportamentales, y de una proliferación de modos de intervención que suponen modos privados y singulares de resolver la dificultad, contrarios a la posibilidad de que desde lo estatal pueda hacerse frente a los problemas que vulneran la perspectiva de derecho.

En este sentido, se considera con más relevancia aún el estudio de los planes para la formación de los/as profesionales y que en los currículos puedan ser revisadas las recomendaciones y traducidas en lineamientos para los trayectos formativos de dichos estudiantes, tal como lo señala la LNSM en su art. 33.º:

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley...

Para poder presentar los avances sobre el análisis de la situación actual de los planes de estudio vigentes de la Licenciatura en Psicopedagogía de todas las universidades de gestión estatal y privadas del país, hemos trabajado sobre

las siguientes preguntas: ¿de qué manera se plasman en los planes de estudio de las carreras de formación de licenciados/as en Psicopedagogía las recomendaciones dadas a las universidades por la CoNISMA acerca de la Ley Nacional de Salud Mental?, y ¿cómo se ven reflejadas las recomendaciones dadas por la CoNISMA en los contenidos curriculares que abordan la propuesta de enseñanza del diagnóstico psicopedagógico en la formación de las/os licenciadas/os en Psicopedagogía?

Siguiendo la propuesta metodológica del proyecto marco, trabajamos con un diseño metodológico exploratorio-descriptivo, con herramientas y análisis cuali-cuantitativos y triangulación de fuentes e instrumentos.

Para el logro de los objetivos, realizamos un diseño predominantemente centrado en la observación sistemática de fuentes documentales (planes de estudio, programas, recomendaciones, lineamientos), que triangulamos con los programas de las asignaturas correspondientes y con entrevistas a informantes calificados/as, actores/as del campo.

Respecto de las muestras, llevamos a cabo un relevamiento de todos los planes de estudio de las carreras de Psicopedagogía que se dictan en las universidades y los institutos universitarios estatales y privados de nuestro país. Si bien los planes de estudio de todas las carreras son información pública, el acceso a dichos documentos ha sido dispar. No todas las resoluciones de los consejos superiores de las universidades cuentan con el anexo donde consta la información completa; en algunos casos contienen solo el esquema curricular, al igual que la información a la que se puede acceder desde las páginas web de las universidades. Siendo un documento público, algunas unidades académicas las tratan como “información confidencial”, lo que representa un problema serio para todas las investigaciones sobre planes de estudio de nivel universitario.

En los casos en los que accedimos a los planes de estudio completos, realizamos un análisis en profundidad,

incluyendo principalmente contenidos mínimos, fundamentación y perfil del egresado.

Los datos extraídos de las observaciones documentales de planes son revisados y organizados en función de la información que brindan los documentos para definir el corpus de análisis según los ejes, las variables y los objetivos indagados. Confeccionamos grillas *ad hoc* que permiten sistematizar información cuanti y cualitativa.

Dado que no accedimos a la totalidad de los planes de estudio, trabajamos sobre una muestra que garantiza la mayor representatividad posible, teniendo en cuenta el tipo de institución (pública-privada), la matrícula, la cantidad de graduados, la antigüedad y la ubicación.

## Hallazgos iniciales

De acuerdo a la información obtenida en el Sistema Integral de Planificación Estratégica Situacional-Base de títulos universitarios en la Argentina<sup>3</sup>, la Licenciatura en Psicopedagogía se cursa en forma presencial en veintiocho universidades, ocho de gestión estatal y veinte de gestión privada. De las ocho estatales, nueve son nacionales y una es provincial.

Hasta este momento, hemos podido acceder a diecisiete planes de estudio que presentan sus esquemas curriculares sin contenidos mínimos, y solo a once planes de estudio que tienen, además de sus esquemas curriculares, los contenidos mínimos correspondientes a cada una de las asignaturas (UNSAM, UNLaR, UPC, UFLO, UCAECE, UNCOMA, UGR y UNPA, UF, UNSI, UCSE).

En todos los planes de las universidades analizadas hasta el momento, el órgano de dependencia interinstitucional es la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales o

---

<sup>3</sup> Buscador de títulos oficiales universitarios, disponible en [bit.ly/3IQ8Bzp](http://bit.ly/3IQ8Bzp).

la Facultad o Departamento de Psicología o Educación. En otros dos casos, el órgano institucional de dependencia no coincide con los anteriores: en la Universidad Provincial de Córdoba, depende de la Facultad de Educación y Salud, y en la Universidad Católica de Salta, de la Facultad de Artes y Ciencias. Todas las carreras tienen entre cuatro y cinco años de duración, en algunos casos, con un título intermedio de psicopedagogo/a (por ej.: la UNSAM). En términos de carga horaria, las propuestas oscilan entre 2.685 y 4.290 horas. Esta situación evidencia una enorme variación en los tiempos dedicados a la planificación de la asistencia a los cursos. No siempre queda expresamente discriminada la cantidad de horas teóricas y prácticas. (por ej.: la UNLZ, UCALP, la FASTA). La carga horaria de las asignaturas, que en su nómina enuncia los procesos del diagnóstico como objeto de conocimiento y práctica de intervención, varía desde 168 (5,95 %: Universidad Católica de Cuyo) hasta 928 (22,48 %: UAI).

En la lectura preliminar de los planes de estudio, podemos observar que no aparece el término “salud mental” en la fundamentación de la carrera y de los perfiles de los graduados. Ni siquiera en aquellos planes cuyas resoluciones ministeriales son posteriores a la Ley Nacional de Salud Mental. Tampoco en la nómina de las asignaturas. Sin embargo, se hace referencia en algunos casos desde lo que aparentaría ser su significado antónimo, “psicopatología, neuropsicoendocrinopatología, neuropsicopatología del aprendizaje, psicopatología, psicopatología del aprendizaje”. En ellas se incluye la enseñanza de manuales diagnósticos (DSM y CIE) y descriptores de cuadros nosológicos como perfil predominante. Coexiste una línea que toma estos contenidos en algunas materias y en otras los analiza de una manera más crítica, generalmente desde un posicionamiento psicoanalítico, aunque muchas veces definiendo que el sujeto aprende únicamente desde su inconsciente y en sus avatares con el deseo, sin integrar para el análisis las oportunidades para aprender que tienen lugar en los

procesos de enseñanza y de aprendizaje integrados en específicos contextos sociales y culturales.

Al respecto, la LNSM deja expreso en su artículo 16 inciso A que el diagnóstico deberá ser interdisciplinario e integral y consistirá en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen, y que, en los casos en los que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, será la autoridad de aplicación la que establezca las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro. Por tanto, para el diagnóstico diferencial no debería usarse el DSM-V, sino, en tal caso, el CIE-10 o su reciente actualización, el CIE-11.

Las materias referidas a aspectos relacionados con la salud mental parecen estar siempre ubicadas entre las asignaturas correspondientes a los primeros años de la formación, en los cuales también es frecuente la inclusión de asignaturas vinculadas a la neurociencia.

En la lectura de los contenidos de los constructos de las asignaturas que refieren a la neurociencia (Neurociencias Aplicadas al Aprendizaje, Neuropsicopatología, Neuropsicología, etc.), se observa una preponderancia de metas de aprendizaje y conceptualizaciones que, prescindiendo de una definición explícita de “neurodesarrollo normal”, definen trastornos tal como son descritos en el DSM-V: “Condiciones caracterizadas por déficits en el desarrollo que producen deterioros del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional”. Como podemos ver, en dichas descripciones se señala una condición (deficitaria) haciendo hincapié en la propia persona y sin mencionar la influencia del entorno.

En relación con el *enfoque de derechos*, se observan tratamientos diferentes de acuerdo con los planes. En lo referido a DD. HH., su presencia como contenido específico (marcos normativos, acuerdos, compromisos, normativas vigentes, convenciones, tratados, etc.) no se detectó en la mayoría de los planes analizados. No es frecuente encontrar en los planes el tratamiento de los temas vinculados a la ética y el ejercicio profesional, menos aún la mención específica a la normativa a la que se debiera hacer referencia (arts. 7.º, 10.º, 22.º, 26.º, 34.º y 40.º de la LNSM).

En lo que respecta a los contenidos vinculados a la discapacidad, resulta significativa la fuerte presencia de estos, en especial describiendo cuadros nosológicos; sin embargo, hay una escasa mención a la normativa relacionada con la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad y a la inclusión social. Muy pocos planes de estudio contemplan el abordaje de los aprendizajes tempranos (niños de 0 a 6 años) y de los adultos mayores, dos colectivos sociales con derechos vulnerados en nuestros territorios (Aranibar, 2001; Heckman, 2011).

En lo que respecta a la *interdisciplina*, es frecuente su mención, quizá esto forme parte de la constitución misma de la disciplina ya que en su nómina confluyen tanto las referencias a las teorías psicológicas como a las pedagógicas, aunque cabe aclarar que no se desprende de la letra de los planes de estudio la concepción de “intersectorialidad”, así como tampoco la importancia de las voces de los diferentes actores que intervienen en el proceso de enseñanza y de aprendizaje. Sin embargo, el art. 9.º de la LNSM deja expresamente manifiesto que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud...”.

Por último, señalaremos que, respecto a la salud pública, si bien es frecuente la mención al abordaje comunitario, así como a la promoción de la salud, no se explicita desde

qué perspectiva y desde qué supuestos. Ambos conceptos se encuentran trabajados de maneras disímiles. En ninguna de las asignaturas, se hace referencia específica a la política pública, aun considerando que entre las incumbencias profesionales se encuentra la posibilidad de integrar los equipos que conforman Programas de Capacitación en Servicio (Sistema de Residencias y Concurrencias Hospitalarias desde 1992) y la conformación de los equipos de orientación escolar (EOE en CABA).

### **Algunas conclusiones para abrir nuevas preguntas**

Hay algo en el modo acerca de cómo nos planteamos las matrices de formación de los/las psicopedagogos/as, las conceptualizaciones y las representaciones de la profesión y la intervención. Un punto de partida para preguntarnos por la condición de posibilidad, por las oportunidades que tiene el otro para aprender. En este caso ese otro es el estudiante universitario, en proceso de formación de un devenir en terapeuta de los procesos del aprender.

Es en el trayecto formativo de un estudiante universitario donde se abre la posibilidad de transformar las representaciones sociales (Castorina, 2016) que forman parte de sus concepciones previas. Tal como lo muestra la investigación dirigida por Remesar, S. y Grippo, L. (2018: 129), quien cursa una carrera de salud se encuentra en la

transición de concepciones del cuidado en salud mental que prevalecen en la vida cotidiana enraizadas en el modelo médico clínico hegemónico a una concepción basada en la autonomía y los derechos que propone la implementación de la Ley de Salud Mental.

Reflexionar sobre el proceso formativo de los/as estudiantes de Psicopedagogía implica pensar sobre la construcción de los conocimientos, su apropiación y las situaciones

experienciales, prácticas cotidianas que, como “ceremonias mínimas” (Minnichelli, 2013), conforman las interacciones sociales diarias que permiten a los/as estudiantes encontrarse, dialogar, debatir y resolver conflictos. En el campo de trabajo psicopedagógico, esto adquiere una implicancia especial puesto que el objeto de estudio disciplinar es justamente el sujeto en situación de aprendizaje. Los sujetos con los que trabaja la psicopedagogía –“aprendientes”, en términos de Alicia Fernández– suelen estar señalados por dispositivos históricos de normativización y homogeneización. Tal como lo indica Sara Pain (2003: 23), la psicopedagogía enfrenta el desafío fundamental de dar sentido a la transmisión de la cultura: “El conocimiento es el conocimiento del otro. El sujeto es en tanto sujeto a una cultura”. No es posible la formación de psicopedagogos/as pensando en la aplicación de conocimientos producidos en otros campos teóricos.

Bertoldi y cols. (2018), ocupándose de la formación de investigadores/as en Psicopedagogía, señalan que consideran las asignaturas correspondientes al área de teoría y metodología de las ciencias sociales y humanas como “semilleros de investigación” (Bolleta, 2015: 5), como espacios tanto de aprendizaje como de producción de conocimientos disciplinares, lo que promueve la participación de los/las estudiantes en espacios extraáulicos y contribuye a su formación (becarios/as, pasantes, incorporación en proyectos de investigación, circuitos de investigación nacionales, becas de estímulo a vocaciones científicas, becas propias de la universidad: UnComa, etc.). Distinguen la importancia de constituir la materia teórico-metodológica propiciando brindar las herramientas instrumentales básicas y de hacerlo a partir de la reflexión epistemológica y la “disposición crítica” (Bertoldi y cols., 2018: 62) a esas herramientas básicas.

La problemática del campo de la salud mental nos obliga a tener siempre presente la vida humana como una unidad heterogénea: la dimensión biológica (el organismo

y la construcción corporal, respondiendo a una evolución genética) y la construcción de la subjetividad, que tiene una historia que preexiste al sujeto (posición económico-social y cultural) en la que se desarrolla la vida de un individuo y el contexto global (políticas públicas).

Es necesaria una producción de conocimientos que puedan dar respuesta a las preguntas que tienen lugar en la problematización de las cuestiones propias del aprender. Problemas que están siempre situados y que involucran una práctica de cuidado desde una dimensión comunitaria, colectiva, social y política.

Canguilhem (1978) sostiene que las *anomalías*, en cuanto expresiones de variaciones individuales sobre aspectos específicos, devienen patológicas solo en relación con un tipo determinado de vida, en el cual ciertos deberes del ser viviente se establecen como ineludibles. Se sigue de esto que el problema de lo patológico en el ser humano no puede quedar definido exclusivamente a partir de lo biológico. La norma que rige los mecanismos biológicos puede ser interna, pero el funcionamiento psíquico (pensamiento y conducta) responde a normas sociales y culturales, externas al propio individuo. La idea de normalidad entonces solo puede aplicarse a la evolución biológica, la construcción subjetiva implica formas complejas y diferentes de adaptación al medio familiar, social, cultural. Siguiendo a Tealdi (2008), podemos afirmar que “hay una perspectiva moral inherente a la definición de lo normal y lo patológico” ya que, en el marco de la dimensión valorativa de la salud, pueden asociarse conceptos científicos (propios de las enseñanzas que se imparten en la academia) y técnicos con valores culturales y éticos: la vida, la identidad, la integridad, la libertad, la salud y el bienestar de las personas y los grupos sociales.

Una nueva subjetividad surge cuando se identifica a un niño como portador de un trastorno. Las relaciones sociales se transforman y el niño pasa a ser etiquetado como un chico con una discapacidad o dishabilidad (y otros prefijos de ausencia) para el aprendizaje o la sociabilidad. Esto es

internalizado por el niño, la familia, los amigos y los maestros, de manera que se crea así una nueva identidad en torno al padecimiento. El diagnóstico es entonces “performativo” (Galende, 2015).

Cuando nos encontramos con planes de estudio para la formación inicial de psicopedagogos/as (ciclo propedéutico) que presentan la enseñanza de técnicas de exploración, de instrumentación psicométrica descontextualizada, nos preguntamos cuál es el marco teórico referencial que subyace al plan de estudios y a las asignaturas que abordan el problema desde las técnicas estandarizadas, cuáles pueden ser las teorías que subyacen a la elaboración de los programas con los cuales se enseña y se construye el conocimiento científico, cómo no interpretar las dificultades como condiciones intrínsecas de los sujetos sin tener elementos para el análisis de las condiciones en las que se producen los aprendizajes. El problema se agudiza si consideramos además que la mayoría de los test estandarizados que se utilizan para el diagnóstico de los problemas del aprendizaje no están baremizados en nuestra población.

Sonia Laborde (2014), en su disertación sobre “las posiciones en las prácticas de la enseñanza y en las prácticas de orientación educativa”, propone la inscripción de los procesos de asistencia clínica y acompañamiento escolar en perspectivas interaccionistas que ponderen la especificidad del aprendizaje escolar, señalando las características propias de las prácticas escolares como prácticas culturales creadoras de regímenes que, tratándose de actividades también específicas, implican explicaciones que no quedan garantizadas en las referencias diagnósticas a nomencladores que tienen lugar fuera del contexto.

Cabe destacar la ausencia de materias de didáctica general y específica (lengua y matemática) que presentan una gran cantidad de planes de estudio de las universidades tanto públicas como privadas. Esa carencia nos hace preguntar las siguientes cuestiones: ¿cómo podrá un/a futuro/a profesional de la psicopedagogía trabajar en la elaboración

de los obstáculos para el aprendizaje si en su formación no pudo apropiarse del conocimiento de la enseñanza de los contenidos escolares?; ¿cómo situar la intervención psicopedagógica por fuera de los dispositivos pedagógicos que permiten la comprensión de la emergencia de la dificultad en el aprendizaje?

Para finalizar, compartimos con Ortiz Torres (2018) la idea de pensar la psicopedagogía como una ciencia que, habiendo ganado su “ciudadanía científica” y teniendo cada vez más relevancia entre los países iberoamericanos, tiene como desafío seguir dando respuesta a los retos del desarrollo social, político y cultural, no sin poner por delante los problemas epistemológicos que deben ser objeto del análisis y la discusión.

## Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V*. Arlington.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Cepal.
- Barcala, A. y Conde, L. (comps.) (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Bertoldi, S. y cols. (2018). *Formar investigadores en Psicopedagogía. Los desafíos para la enseñanza*. Buenos Aires. Biblos.
- Bolleta, V. (2015). Investigación y formación: una relación ineludible en el campo de la educación universitaria. En VI Jornadas de Investigación en Humanidades “Homenaje a Cecilia Borel”. Departamento de Humanidades, Universidad Nacional del Sur.
- Bottinelli, M. M. (2013). Promoción y educación para la salud en los planes y políticas de Salud Mental en Argentina. Tesis de doctorado en Salud Mental Comu-

- nitaria. Director: E. Galende. Universidad Nacional de Lanús.
- Bottinelli, M. M. y cols. (2016). Formación universitaria en Salud Mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las recomendaciones a las universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n.º 26.657. Convocatoria Amilcar Herrera Proyecto n.º 80020160400029LA.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. 2.º ed. México. Siglo XXI Editores.
- Castorina, J. A. (2016). El significado del marco epistémico en la teoría de las representaciones sociales. *Cultura y Representaciones Sociales*, 11(21), 79-108.
- Fenstermacher, G. (1989). Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza. *La investigación de la enseñanza: enfoques, teorías y métodos*. Barcelona. Paidós.
- Fernández, A. (1987). *La inteligencia atrapada*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Heckman, J. (2011). El poder de los primeros años: políticas para fomentar el desarrollo humano. *Infancias Imágenes*, 10(1), 74-83.
- Laborde, S. (2014). La patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales y sus derechos en juego. En las jornadas "Nuevos paradigmas en Salud Mental en el abordaje de las problemáticas con las que interpelan hoy las nuevas infancias y adolescencias en el campo de las políticas públicas, la clínica y la educación". Paraná, Entre Ríos, 25 y 26 de abril de 2014.
- Minnichelli, M. (2013). *Ceremonias Mínimas*. Rosario. Homo Sapiens.
- Pain, S. (2003). La psicopedagogía en la actualidad. En Laino, D. (comp.). *La psicopedagogía en la actualidad*. Rosario. Homo Sapiens.
- Remesar, S. E. y Grippo, L. (2018). Reflexiones sobre el cuidado en salud mental desde la formación universitaria

de los profesionales de salud. En el X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en dirección estable [bit.ly/3hNU8YZ](http://bit.ly/3hNU8YZ).

Tealdi, J. C. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Unesco.

Vercellino, S. y Ocampo González, A. (2018). *Ensayos críticos sobre psicopedagogía en Latinoamérica*. Chile, CÉLEI.

### Marco normativo

Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11 al 14 de noviembre de 1990.

Ley Nacional n.º 24.521 de Educación Superior. Disposiciones preliminares. Educación Superior. Educación superior no universitaria. Educación superior universitaria. Disposiciones complementarias y transitorias. Sancionada: 20 de julio de 1995. Promulgada parcialmente: 7 de agosto de 1995.

Ley Nacional n.º 26.657 de Salud Mental. Sancionada: 25 de noviembre de 2010. Promulgada: 2 de diciembre de 2010. *Boletín Oficial de la República Argentina*, 03/12/2010, año CXVIII, n.º 32.041.

Ley n.º 26.378 de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Sancionada: 21 de mayo de 2008. Promulgada: 2 de junio de 2008.

MSAL (2014). Acta CoNISMA 12/14 “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”.

MSAL (2014). Recomendaciones para universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657.  
Argentina, Ministerio de Salud de la Nación.

MSAL (2015). Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación.

Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia). Adoptados en la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, 7 al 9 de noviembre de 2005.

Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. Aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su 111.º período extraordinario de sesiones, el 4 de abril de 2001.

## Referencias de universidades

UF Universidad Favaloro

UCALP Universidad Católica de La Plata

UNSAM Universidad Nacional de San Martín.

UNLaM Universidad Nacional de La Matanza.

UNLaR Universidad Nacional de La Rioja.

UNSI Universidad Nacional Scalabrini Ortiz San Isidro.

UFLO Universidad de Flores.

UCAECE Universidad Centro de Altos Estudios en Ciencias Exactas.

UPC Universidad Provincial de Córdoba.

UNComa Universidad Nacional del Comahue.

IUGR Instituto Universitario del Gran Rosario.

UCA Universidad Católica Santa María de los Buenos Aires.

UAI Universidad Interamericana.

UnPA Universidad de la Patagonia Austral.

UCSE Universidad Católica de Santiago del Estero.

# Algunos resultados parciales sobre el enfoque de derechos en la formación de los enfermeros y las enfermeras

CAROLINA RUTH MALDONADO

## Introducción

En este capítulo se presentarán los resultados parciales de la tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria, cuyo objetivo es caracterizar la adecuación de los planes de estudio vigentes de la carrera de Enfermería del Área Metropolitana respecto de las recomendaciones a las universidades públicas y privadas según el artículo 33.º de la Ley Nacional n.º 26.657 desde la perspectiva de derechos. Se trabajó con un diseño cuali-cuantitativo. El relevamiento de fuentes, que aún está en proceso, incluye la observación sistemática de fuentes documentales (planes de estudio y programas de asignaturas), entrevistas en profundidad y grupos focales con estudiantes de Enfermería. Los resultados presentados responden a las fuentes relevadas hasta el momento.

La Ley Nacional de Salud Mental propone en su artículo 33.º la necesidad de promover la formación de profesionales en el campo de salud mental acorde al paradigma de derechos, con enfoque interdisciplinario, intersectorial, comunitario, de salud integral, participativa e inclusiva.

Entre los aspectos señalados en la Ley n.º 26.657 se resalta la importancia de promover espacios de capacitación y actualización de la formación de los profesionales en base al nuevo paradigma de atención y al respeto de los derechos humanos (Vegh Weis, 2011: 15).

Estos ejes constituyen un marco conceptual y un cambio paradigmático.

Malvárez (2011) señala también la necesidad de formación de personal de enfermería como un punto central de vacancia en las políticas del sector de salud, incluyendo las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

La enfermería posee

un rol importante en la promoción y protección de la salud mental, en los servicios de atención psicosocial y en los diferentes dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico que se crean en redes comunitarias de atención; asimismo, comienza a perfilarse el rol de la enfermería de salud mental en los hospitales generales (Malvárez, 2011: 25).

En el proceso de implementación de la Ley n.º 26.657, se consensuaron y plasmaron en un documento una serie de recomendaciones para universidades que sugieren cuatro ejes transversales a la formación, extensión e investigación: la adopción del enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina y la salud pública.

La CoNISMA, siguiendo procesos participativos, trabajó dichas recomendaciones invitando desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación a los/las decanos/as y directores/as de carreras de universidades públicas y privadas para trabajar en la operacionalización, lo que quedó plasmado en los Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental, elaborados por autoridades de las instituciones universitarias que enseñan algunas profesiones relacionadas con la salud mental, entre ellas la enfermería.

Un antecedente histórico de estas recomendaciones se encuentra en los "Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental" elaborado por Mauricio Goldenberg, quien en 1984 propuso los principios rectores de las políticas que serían más tarde retomados por la Dirección Nacional de Salud Mental, creada por el decreto 457 en el año 2010. En

ambos casos se resalta la importancia de la formación de los recursos humanos para que se encuentren en condiciones de dar respuesta a los desafíos y las problemáticas emergentes (De Lellis, 2015). Con respecto a la formación universitaria en Enfermería, se encuentra enmarcada y regulada por la Ley Federal de Educación n.º 24.195 y por la Ley de Educación Superior n.º 24.521. La primera de ellas asigna las funciones del Consejo Federal de Cultura y Educación. A él le encarga, en el artículo 54.º, la función de constituirse en el ámbito de concertación de los diseños curriculares, estableciendo los contenidos básicos comunes.

Otro antecedente significativo es la inclusión de las carreras de Enfermería en el artículo 43.º de la Ley de Educación Superior n.º 24.521, el que explicita sobre los títulos pertenecientes a profesiones reguladas por el Estado, que son aquellas “cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes”. La Resolución Ministerial n.º 2.721/15 es la que aprobó los elementos previstos en los artículos 42.º, 43.º y 46.º, inc. B, de la Ley n.º 24.521, tales como contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios sobre la intensidad de la formación práctica, y estándares para la acreditación, así como la nómina de actividades profesionales reservadas para el título de licenciado en Enfermería.

En el año 2016, a través de la Res. n.º 08/2016, la CONEAU convocó a las instituciones universitarias que dictan carreras de Licenciatura en Enfermería a participar del proceso de acreditación, y esto obligó a la revisión y actualización de los planes de estudio de esta carrera.

Existen diferentes documentos u organismos internacionales que destacan la importancia de la formación en enfermería, como el informe sobre la situación de enfermería y los documentos *Orientación estratégica para enfermería en la región de las Américas*, *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, “Estrategias y plan de acción sobre salud mental”, y *Salud mental en la comunidad*.

El informe, elaborado por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Consejo Internacional de Enfermeras y la campaña Nursing Now (2020), da cuenta de que el personal de enfermería está conformado por 28 millones de personas en el mundo. En dicho documento se arriba a la conclusión de la importancia de invertir “en materia de formación, empleo y liderazgo”, para lograr un fortalecimiento de la enfermería en todo el mundo y mejorar la salud de la población. La pandemia del COVID-19 ha evidenciado la necesidad imperante de fortalecer el personal de salud a nivel global.

El documento *Orientación estratégica para enfermería en la región de las Américas* (2019) señala que “la enfermería es el grupo ocupacional más numeroso del sector de la salud, ya que representa aproximadamente el 59 % de las profesiones sanitarias”. Por lo tanto, sugiere invertir en dicho sector y que se reconozcan las contribuciones que se han realizado para seguir mejorando la calidad de la atención de salud. A la vez, dicho estudio brinda varias pautas para fortalecer el desempeño de la enfermería en el sistema de salud y los servicios que se proveen. Con respecto a la formación de los enfermeros y las enfermeras, sostiene que los planes de estudio deben ser acordes a las prioridades en salud del país, como así también con los problemas que emergen a nivel mundial y con la finalidad de preparar a los profesionales para que trabajen de forma eficaz en equipos interdisciplinarios y de poder aplicar de manera beneficiosa los conocimientos en tecnología sanitaria de los graduados.

Asimismo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible fomenta en los demás países el incremento de la financiación del sector de salud y el reclutamiento, el desarrollo, la enseñanza y la instrucción del personal de salud, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Con respecto a la formación en salud mental comunitaria, la OPS (2009) señala que la reforma orientada a un modelo comunitario necesita la redistribución de los/as trabajadores/as de los hospitales al área comunitaria, así

como proveerle a dicho personal de salud de las herramientas y competencias necesarias para su mejor desempeño en estos dispositivos. En cuanto al abordaje del padecimiento mental, se propone adoptar un abordaje asistencial multidisciplinario, en donde participen una variedad de profesionales como enfermeros/as, médicos/as psiquiatras, psicólogos/as, médicos/as generalistas, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales y diferentes actores sociales (como ONG, asociaciones de usuarios, curanderos, docentes, policías, entre otros).

En *Estrategias y plan de acción en salud mental*, la OPS/OMS (2009) propone

evaluar los perfiles de desempeño de la enfermería y planificar diferentes modalidades de educación de grado y de posgrado para incorporar estos profesionales a funciones concretas de salud mental. A su vez, incluir y mejorar los contenidos en salud mental en los programas de estudios universitarios. Estos contenidos deben ser coherentes con el modelo comunitario de atención de salud mental, así como con un enfoque de derechos humanos (OPS/OMS, 2009: 31).

En los documentos mencionados (OPS, 2009 y OPS/OMS, 2009), se resalta la importancia de brindar una formación que esté centrada en la salud mental, que sea acorde a sus actitudes actuales, a las necesidades de cada persona con trastorno mental a la que se atiende, a los requisitos que demanda el entorno y al modelo comunitario. De este modo, se refuerza lo sostenido en el art. 7.º de la Ley Nacional de Salud Mental.

En la actualidad coexisten diferentes paradigmas en el sector de salud, con una polarización entre quienes defienden los enfoques comunitarios y quienes sostienen la lógica manicomial, pasando por aquellos que tienen

resistencias y contradicciones aun manifestando su adhesión a la perspectiva de salud mental comunitaria, aunque cuestionan el cierre del hospital psiquiátrico y no asumen como

parte de sus competencias el diseño de estrategias de inclusión social de las personas que asisten (Natella, 2017: 242).

Por su parte, Natella (2017) propone que “ambos modelos estructuran concepciones, metodologías y prácticas, que condicionan el quehacer profesional según el modelo de referencia” (Natella, 2017: 247). Plantea hacer foco en la formación técnico-profesional del sector sanitario, con el fin de dimensionarla como una barrera de primer orden para la transformación del sistema de salud mental.

En este sentido, Baffo *et al.* (2019) han realizado un estudio de tipo multicéntrico, que tuvo como objetivo describir las conceptualizaciones de los enfermeros y las enfermeras acerca de los trastornos mentales severos y las adicciones, así como sus concepciones sobre el modelo de abordaje en salud mental, en la provincia de Río Negro. La investigación mencionada muestra en sus resultados que, en los enfermeros y las enfermeras de los diversos sectores hospitalarios, coexisten ideas tradicionales y alternativas en relación con los trastornos mentales severos y las adicciones. Por un lado, reconocen a quienes padecen sufrimiento psíquico como personas con derechos que deben mantener contacto con su entorno familiar y social. Por otro lado, se evidenció que tenían un conocimiento parcial de la legislación de salud mental en la provincia de Río Negro y un desconocimiento de la Ley Nacional. A la vez, los sujetos entrevistados son enfermeros generales, que no poseen una especialización en salud mental. Y con respecto a la capacitación, plantearon que carecen de herramientas teóricas para trabajar en salud mental.

Como lo expresan distintos documentos mencionados, la enfermería es una profesión que es necesaria para el trabajo en atención primaria de la salud y en la conformación de equipos interdisciplinarios en salud, por lo que diferentes recomendaciones señalan la necesidad de aumentar la cantidad y la calidad de enfermeros y enfermeras (OMS, 2015, 2020).

Por otro lado, las recomendaciones a universidades del artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental refuerzan que la Enfermería es una de las carreras implicadas en su implementación. Según Gómez, Molina y Ávila (2019), en el año 2017 se presentaron 62 carreras de Enfermería a la respectiva convocatoria, 16 de gestión privada y 46 de gestión pública, y se realizaron las dos fases del proceso de acreditación: la autoevaluación y la evaluación externa a través de 53 pares evaluadores. En este contexto, y teniendo en cuenta los datos publicados por la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud de Argentina (2016), que registra que se encuentran matriculadas 179.185 personas en el campo de la enfermería<sup>1</sup>, se han planteado los siguientes problemas de investigación: ¿cuáles son las adecuaciones y ausencias que se evidencian en el cumplimiento de las recomendaciones a las universidades relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 en lo que respecta al eje de enfoque de derechos en los planes de estudio de las carreras de grado de Enfermería?; ¿cuáles son las adecuaciones presentes y las que aún se deben profundizar según la perspectiva de estudiantes, docentes y directores de las carreras?

El trabajo parte de considerar que los planes de estudio son elementos vivos y se plasman en acción. Según Merhy, el objeto de trabajo tanto en salud como en educación

no está plenamente estructurado y sus tecnologías de acción más estratégicas se configuran en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados, comportando un grado significativo de libertad de elección, en la manera de hacer esa producción (Merhy, 2006: 36).

---

<sup>1</sup> De ese total, el 11,01 % (19.127) son licenciados, mientras que el 40,95 % (73.373) son técnicos y el 48,04 % (86.073), auxiliares.

## Resultados parciales

La metodología de la investigación responde a un enfoque cualitativo con un diseño transversal de tipo exploratorio-descriptivo (Bottinelli, 2003).

De las 22 carreras de Enfermería que conforman parte del universo de este análisis, se pudo acceder a los contenidos mínimos de 7 planes de estudio, de los cuales 5 pertenecen a instituciones de gestión pública y 2, a instituciones privadas.

La adecuación de los planes de estudio a las recomendaciones del art. 33.º es dispar. Como resultado del análisis realizado, no se detectaron diferencias significativas entre la gestión pública y la privada con relación al enfoque de derechos.

Las recomendaciones vinculadas al enfoque de derechos se encuentran tratadas en los planes de estudio de la carrera de Enfermería. Se puede pensar que esto se debe a que ha sido incorporada en el art. 43.º de la Ley de Educación Superior. A las carreras incluidas a dicho artículo, la legislación les exige, para su acreditación, que los planes de estudio tengan en cuenta estándares mínimos respecto de diferentes aspectos, tales como los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación teórico-práctica.

Respecto al análisis parcial del eje de las recomendaciones perteneciente al enfoque de derechos, este está compuesto por 8 subítems: 1) normativas; 2) principio de no discriminación; 3) representaciones en salud mental; 4) capacidad jurídica; 5) ética; 6) modelo social de la discapacidad; 7) perspectiva de género; y 8) revisión de discursos hegemónicos sobre adicciones.

Se observó que, en términos generales, en todas las carreras de Enfermería se hace referencia al marco legal del ejercicio de la profesión, las normas de ética y las leyes sobre la protección de los derechos humanos.

Se hallaron tratados, normativas internacionales y leyes nacionales y provinciales en la mayoría de los planes. Respecto de las normativas internacionales, se encontraron nombradas, entre ellas, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, el Informe de Belmont, la Declaración de Helsinki, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de 1997, la Declaración Universal de Unesco sobre la Diversidad Cultural, el Pacto San José de Costa Rica, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se identificaron algunas materias donde se trata la Ley n.º 26.657: Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Ética y Deontología Profesional, Enfermería en Salud Mental Comunitaria, Deontología, Salud y Derechos Humanos, y Enfermería en Salud Mental.

Respecto a la capacidad jurídica, no aparece en los planes la terminología referida a este tema ni referencias a su correspondiente protocolo facultativo. En relación con la discapacidad y el modelo social, se encuentra mención a la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad en una única ocasión. Mientras que el tema de la discapacidad está en dos de los siete planes de estudio, en las siguientes materias: Enfermería en el Cuidado del Adulto Mayor, Deontología, Salud y Derechos Humanos, Sociología Aplicada a la Enfermería, y Enfermería Comunitaria.

En general, los documentos analizados tratan la temática del género de manera específica. Aparecen contenidos como género y sexualidades, identidades, violencia de género, y diversidad sexual. Una carrera tiene como materia optativa Género y Salud. Se hace uso del lenguaje inclusivo en la redacción de los planes de estudio.

En relación con la problemática de las adicciones, no se menciona el tema en 3 de los 7 planes. Dos universidades ofrecen materias optativas: Diagnóstico de Drogadicción y Dependencia en Guardia General, y Adicciones. Respecto de esta última, no se adecúa a las recomendaciones, que proponen una revisión crítica del discurso hegemónico sobre las adicciones.

Con respecto al análisis de la Resolución CONEAU 2.721, los ejes del enfoque de derechos se encuentran abordados en su mayoría entre los contenidos mínimos de dicho documento. Pero no aparece la problemática de la discapacidad, aunque se hace mención a la población vulnerable. Si bien no aparece el término “género”, cuando hace referencia a los procesos de admisión y selección de los estudiantes, expresa: “..los mismos deben garantizar que no exista ningún tipo de discriminación de etnia, procedencia, género, opinión política o característica física”. Tampoco se incluyen temas como consumos problemáticos, uso de drogas o adicción.

## Conclusiones

Los datos parciales indican que la formación en Enfermería presenta diferentes formatos y lineamientos: uno de tipo asistencial y con una mirada más acorde al modelo médico hegemónico, y otro más vinculado a un enfoque comunitario.

A su vez, de acuerdo a los principios de la Ley n.º 26.657, particularmente el enfoque de derechos, lo comunitario, la interdisciplina y la intersectorialidad generan un desafío para la formación tradicional, por lo que conocer los contenidos, las prácticas y los perfiles formativos es de vital importancia.

Es necesario e importante pensar las adecuaciones requeridas para cumplir con la normativa vigente y dar herramientas a los profesionales para poder implementarla. De este modo, no solo se cumple con la ley, sino que además se favorecerán los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, los familiares y la comunidad en general. Y así se altera el dominio de poder de la psiquiatría: ya no es solo el médico el encargado de interpretar y tomar decisiones sobre la vida del sujeto con sufrimiento mental

y sus manifestaciones y de decidir sobre su tratamiento. “Dependerán de los resultados de este encuentro, en el seno de una cultura y una sociedad cuyas reglas éticas y morales harán de resguardo a las prácticas y decisiones de ambos” (Galende, 2006: 92).

La formación en salud mental de los enfermeros constituye un aspecto crítico para el logro de la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, en particular para el desarrollo de prácticas que permitan pasar del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad al enfoque de derechos, alejando la enfermería de las prácticas tradicionales en salud mental de carácter asilar y acercándola a una formación que permita abordar los problemas de salud mental en los hospitales generales y los centros sanitarios, como así también prácticas promocionales y comunitarias de salud integral.

Como se evidencia, es central la contribución de la enfermería a los procesos de reforma en salud mental, pero “se considera imprescindible la participación y la acción interdisciplinaria e intersectorial, condiciones *sine qua non* para asegurar la integralidad y complejidad de los procesos” (Malvárez, 2011: 29).

## Bibliografía

- Arriaga, L. C., Ceriani, L. y Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Compilado. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos. Disponible en [bit.ly/363kxj6](http://bit.ly/363kxj6).
- Baffo, C., Devallis, M. P., Scalessa, R., Caccavo, S., Comba, V., Ortega, G., Lausada, D. y Pérez, G. (2019). Enfermería y proceso de reforma en salud mental: estudio cualitativo en cinco hospitales generales de Río Negro,

2016. En *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Bottinelli, M. M. (2003). *Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento complejo*. Hells: Buenos Aires.
- De Lellis, M. (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Nuevos Tiempos: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Galende, E. y Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental*. Editorial Lugar: Argentina.
- Gómez, J., Molina, J. y Ávila, A. (2019). Acreditación y Calidad. El caso de la Licenciatura en Enfermería. *Revista Desafíos*, 8, 14-30.
- Ley de Educación Superior n.º 24.521. Disposiciones preliminares. Educación Superior. Educación superior no universitaria. Educación superior universitaria. Disposiciones complementarias y transitorias. Disponible en [bit.ly/3hNdcGT](http://bit.ly/3hNdcGT).
- Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Decreto reglamentario 603/2013. Disponible en [bit.ly/37d2xmP](http://bit.ly/37d2xmP).
- Malvárez, S. (2011). Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de Enfermería. *Revista Interamericana de Enfermería Comunitaria*, vol. 4, n.º 2.
- Merhy, E. E. (2006). La micropolítica del trabajo vivo en acto: una cuestión institucional y territorio de tecnologías blandas. En *Salud: cartografía del trabajo vivo* (pp. 31-46). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Naciones Unidas (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3)*. Santiago.
- Natella, G. R. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Psicolibros: Uruguay.
- OMS (2020). Situación de la enfermería en el mundo. Resumen de Orientación. Disponible en [bit.ly/35XIJ6e](http://bit.ly/35XIJ6e).

- OMS/OPS (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 144.º Sesión del Comité Ejecutivo, Washington D. C., junio.
- OMS/OPS (2015). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. Disponible en [bit.ly/35wtHop](http://bit.ly/35wtHop).
- OPS (2009). *Salud mental en la comunidad*. Segunda edición. Washington, D. C. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud; 49).
- OPS (2019). *Orientación estratégica para enfermería en la región de las Américas*. Washington D. C.
- Programa Nacional de Enfermería (2016). PRONAFE. Consejo Federal de Educación Disponible en [bit.ly/3tDrM-WU](http://bit.ly/3tDrM-WU).
- Recomendaciones a las universidades públicas y privadas. Artículo 33.º de la Ley Nacional n.º 26.657. Disponible en [bit.ly/3trZxu3](http://bit.ly/3trZxu3).
- Resolución 2.721/2015. Ministerio de Educación. Disponible en [bit.ly/3ISYdqB](http://bit.ly/3ISYdqB).
- Vegh Weis, V. (2011). Salud mental y adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Instituto de Investigaciones Gino Germani. En VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Buenos Aires.



# Enfoques de género en los planes de estudio de las carreras de grado vinculadas al campo de la salud mental de las universidades nacionales públicas y privadas del AMBA<sup>1</sup>

ANA CECILIA GARZÓN

## Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una primera aproximación al análisis de los resultados sobre la presencia de los enfoques de género en los planes de estudio de las carreras de grado vinculadas al campo de la salud mental de las universidades nacionales públicas y privadas del AMBA analizadas en el proyecto de investigación mencionado.

El tópico *género*, que es uno de los ejes del enfoque de derechos de las *recomendaciones a las universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657* elaboradas en el año 2013 por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), siguiendo

---

<sup>1</sup> Una lectura posible sobre los resultados del eje de género del proyecto de investigación “Adecuación de los planes de estudio vigentes de las carreras de grado del campo de la salud mental a las recomendaciones a las universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657”. Investigación aprobada en la convocatoria Varsavsky 2018 de la Universidad Nacional de Lanús dirigida por la Dra. María Marcela Bottinell, y la Dra. Mariela Nabergoi. El equipo de investigación, conformado por Sergio Remesar, Daniel Frankel, Francisco Manuel Diaz, Andrea Albino, Patricia Vila, Ana Cecilia Garzón, Carolina Maldonado y Sonia Olmedo, trabajó en el proyecto en el periodo 2018-2019.

el proceso participativo previo a la sanción de la Ley de Nacional de Salud Mental y sus principios rectores. La Ley Nacional de Salud Mental no hace una mención explícita a género, sin embargo, la misma es una Ley de derechos humanos y protección contra la discriminación y orienta a la adopción de un enfoque de derechos.

El Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivo de Género (2020) sostiene numerosos argumentos para comprender que no hay enfoque de derechos sin la inclusión de la perspectiva de género, que se constituye como brújula si tenemos como horizonte la universalidad de los derechos y la equidad. El mencionado plan señala que,

en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, se ha hecho especial énfasis en que a la perspectiva de género se le debe sumar asimismo el enfoque de interseccionalidad, de modo tal de dar cuenta de la relación del género con otras condiciones de vulnerabilidad que lo interseccionan<sup>2</sup>, tales como: edad, pobreza, orientación sexual, identidad de género, migración y desplazamiento interno, discapacidad, pertenencia a comunidades indígenas u otras minorías, ruralidad, privación de la libertad, entre otras.

La definición de “género” de Scott (1993) se asienta en dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Un análisis crítico que incluya una mirada interseccional de los problemas sociales implica identificar de manera específica y transversal las necesidades, violencias, desigualdades y la discriminación estructural e histórica a

---

<sup>2</sup> Es importante mencionar que la perspectiva de interseccionalidad no plantea una sumatoria de vulneraciones, sino cómo interjuegan las diferentes opresiones, cómo las diferentes variables generan diferentes situaciones. Es una herramienta de análisis contextual y práctica.

las que fueron sometidos diferentes grupos vulnerados y silenciados. La teoría crítica (Dussel, 2007) puede ser definida por su capacidad para revelar las condiciones de subordinación y opresión que someten a determinados actores sociales, permite devolver la dignidad que le ha sido arrebatada; que nunca le ha sido asignada, atribuida.

Stolcke (2014) señala tres tensiones epistemológicas presentes en las propuestas de las teorías feministas sobre la conexión entre sexo y género frente a la construcción biomédica de género:

1. la costumbre, entre académicas feministas, de asociar el término “género” a las diferencias sexuales;
2. el dualismo heterosexual que caracteriza la noción médica original de “género social” y que persiste en gran parte de la teoría feminista, hasta fines de los años 80; y
3. la indisputada dicotomía cartesiana entre naturaleza y cultura que permanece como un hilván en las controversias sobre sexo y género.

El avance de los feminismos como movimiento político pone en tensión las instituciones de formación e investigación científico-académicas, poco habituadas a revisar críticamente los conocimientos consagrados en los diversos campos disciplinares y poco permeables a revertir las pautas que estructuran jerárquicamente los propios procesos de construcción de conocimiento y los modos tradicionales de enseñanza. Según Bottinelli (2019), los espacios de formación y los de trabajo son los escenarios concretos en los que estas dinámicas se ponen en juego. Es así como las propuestas formativas expresan valoraciones, modelos e identidades profesionales explícitos e implícitos en los currículos y planes de formación (Bernstein, 1993; Dubar, en Lodieu *et al.*, 2012).

El acceso integral al derecho a la salud está atravesado por aspectos materiales y simbólicos de producción

sociohistórica de identidades, sean estas masculinidades-femineidades-diversidades, valores y creencias respecto a las sexualidades, al deseo, a los cuerpos y a sus cuidados modelos científicos y técnico-profesionales y prácticas sociales. Las dinámicas de salud-enfermedad-atención-cuidados interrogan las operaciones discursivas de los actos de salud y sus efectos de subjetivación (Zaldúa *et al.*, 2016).

Los profesionales de la salud tienen un rol activo en relación con ciertas prácticas más o menos respetuosas de los derechos vinculados a los enfoques de género en lo que refiere a la información que se brinda y a la celeridad de los procesos administrativos y procedimentales en el sistema de salud, en lo que refiere a la accesibilidad de servicios (por ejemplo, métodos anticonceptivos), la denuncia sobre violencia obstétrica o prácticas relacionadas a una serie de derechos amparados en el marco de partos respetados (Barria Oyarzo y Rivera Leinecker, 2016), y una serie de prácticas disciplinares e interdisciplinares del campo de la salud que inciden en el cumplimiento de los derechos amparados por ley (Zaldúa *et al.*, 2000).

Los procesos y las discusiones vinculados a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo<sup>3</sup> reeditaron debates en torno a la importancia que tienen en la actualidad el sector de salud y sus efectores en las decisiones de las mujeres y diversidades sobre su cuerpo. La autodeterminación y la autonomía son problemas centrales en el ejercicio de derechos en salud, que afectan a diferentes colectivos con una marcada hiposuficiencia jurídica (Kraut, 2014), determinados por paradigma de la normalización definidos como tecnologías biomédicas y biotecnológicas (Haraway, 1983), y tecnologías disciplinarias y biopolíticas (Foucault, 1976), por el cual se definen tipologías corporales que inciden en procesos culturales de definición de roles y producción de subjetividad.

---

<sup>3</sup> La IVE fue legalizada en Argentina el 23/12/2020.

Scott (1993), citando a Bourdieu (1980), ubica que esta división del mundo, basada en referencias a las diferencias biológicas y sobre todo a las que se refieren a la división del trabajo de procreación y reproducción, actúa como la mejor fundada de las ilusiones colectivas.

El género en cuanto sistema de clasificación simbólica de personas es un componente más del entramado general de las relaciones sociales. En culturas estratificadas, el engendramiento de las desigualdades sociorraciales no es fruto de una simple convergencia o fusión, de una especie de suma, de diferentes fuentes de opresión de las mujeres, sino de la intersección dinámica entre el género, la raza y la clase en estructuras de dominación históricas (Stolcke, 2004).

En esta misma línea, Rubin (1989) insiste en la necesidad de análisis críticos sobre la sexualidad. La autora plantea que se requiere incorporar el análisis de la categoría sexo, que permita valorar las relaciones de poder básicas en el terreno sexual, en cuanto las sociedades occidentales modernas evalúan los actos sexuales según un sistema jerárquico de valor sexual. Agrega que la mayor parte de los discursos sobre sexo, ya sean religiosos, psiquiátricos, populares o políticos, delimitan a una porción muy pequeña de la capacidad sexual humana y la califican de segura, saludable, madura, santa, legal o políticamente correcta y establecen una frontera con el resto de las conductas eróticas, a las que se considera peligrosas, psicopatológicas, infantiles, políticamente condenables u obra del diablo. Estos discursos versan sobre dónde trazar la línea divisoria para permitir cruzar la frontera de la aceptabilidad.

Desde esta perspectiva, se pueden analizar algunas prácticas y discursos que sostienen la patologización de las diferencias. Rubin (1989) afirma que, por más de un siglo, la medicina, la psiquiatría y la psicología han reproducido el esencialismo en el estudio académico del sexo, sosteniendo el axioma de que el sexo es una fuerza natural que existe con anterioridad a la vida social y que da forma a instituciones.

Desde este punto de vista, es necesario problematizar las lógicas desde las cuales se sostiene la violencia epistémica en el sistema de salud desde perspectivas capacitistas y heteronormativas.

Por último, es importante consignar que la formación y las prácticas de profesionales inciden en la accesibilidad, pero construyen formas de aproximación, análisis, abordaje y estrategias de intervención sobre los modos y estilos de vida, incidiendo en las categorías de normal/patológico. Los modos de abordaje desde el sector de salud inciden sobre la normalización de los cuerpos, las subjetividades y las posibilidades de accesibilidad a los derechos.

## Estado del arte

Para una aproximación al estado del arte sobre el tema, se realizó una búsqueda de investigaciones relacionadas con la temática con las palabras “formación y género”, “formación y feminismo”, “salud y feminismo”, “salud y género”, “salud y diversidad” de los últimos 10 años en los buscadores La Referencia, Scielo, Open Aire, Repositorio Conicet, Sistema Nacional de Repositorios Nacionales, y Google Academic. También se realizó una búsqueda sobre los listados publicados de las investigaciones financiadas en las facultades de psicología de las universidades de la Provincia de Buenos Aires, utilizando las palabras “género y feminismos” y “teorías feministas”.

Dentro de las investigaciones vinculadas al campo de la salud y a las teorías feministas, nos interesan los aportes de diferentes investigaciones compiladas en los libros *Salud y género* (Zaldúa *et al.*, 2000) y *Salud feminista* (Barrancos, 2019).

En cuanto a los estudios que abordaron el tema de la perspectiva de género y la formación de profesionales de grado, encontramos “La perspectiva de género en la for-

mación de jueces y juezas” (Ronconi, Vita *et al.*, 2013), que tuvo como objetivo analizar la incorporación de la perspectiva de género en la formación de aspirantes a jueces/zas y jueces/zas en ejercicio y, en caso de que correspondiera, identificar cómo esta se lleva a cabo y cuáles son las ventajas y desventajas de esa modalidad, mediante un análisis de cómo esta perspectiva es incorporada en cuatro casos de oferta de capacitación a nivel federal y provincial o local.

Por su parte, la investigación “La inclusión de la mujer en la profesión de ingeniería” (Panaia, 2014), realizada en el marco de una investigación del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, aborda el proceso de aumento progresivo de estudiantes mujeres como alumnas regulares de algunas especialidades de ingeniería y su participación en diferentes instancias universitarias.

La investigación “Concepciones sobre heterosexualidad y actitudes hacia la disidencia sexual en estudiantes de Psicología de Córdoba” (Rabbia y Imhoff, 2012), realizada en el marco del Laboratorio de Psicología Cognitiva, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, plantea como objetivo identificar y describir las concepciones sobre heterosexualidad en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba y sus posibles articulaciones con actitudes hacia la homosexualidad y su traducción en las prácticas vinculadas al tema.

Nos resulta de especial interés la investigación “Feminismo y ciencias sociales: procedencias, inserciones y carencias en el diseño curricular” (Rovetto, 2017), por su marco teórico y los resultados de su análisis de los planes de estudio de las siguientes carreras de grado de ciencias sociales: Ciencia Política, Comunicación Social, Relaciones Internacionales y Trabajo Social de la UNR. Si bien esta investigación no focaliza en carreras del campo de la salud, incluye en su muestra a la carrera de Trabajo Social, considerada como una de las profesiones del equipo básico de salud.

Ramos, González y Sandoval (2021), en su investigación “La violencia de género en las instituciones de educación superior: elementos para el estado de conocimiento”, realizan un relevamiento del estado del arte sobre investigaciones entre los años 2015 y 2021 que focalizan en la violencia de género en diferentes universidades.

Por su parte, Güereca Torres (2017), en su investigación sobre violencia de género, específicamente en las formas de violencias de las que son víctimas las mujeres en sus trayectorias académicas en las instituciones de educación superior (IES) en México, analiza los sesgos de género en la elección de carrera, en la discriminación de género de los contenidos curriculares y en las experiencias de violencia física, sexual y psicológica que viven en el espacio social. Recomienda revisar a profundidad el currículo formal de los campos académicos, los sistemas de citado en la investigación, lo que permite identificar las marcas de la *violencia epistémica de género*.

La investigación de Millet (2018) “Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancia” advierte la preocupante casi nula producción de conocimiento sobre tratamientos de personas trans en dispositivos de salud mental de nuestro país. En sus resultados identifica una serie de dificultades para el colectivo LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, travestis y trans) en la búsqueda de profesionales que atiendan sus necesidades sin ejercer violencias. Detecta una serie de prácticas que limitan su accesibilidad a la salud y advierte la necesidad de una desexualización de los procesos de salud.

## Resultados

Como se adelantó con anterioridad, este trabajo parte de los resultados de la investigación “Adecuación de los planes

de estudio vigentes de las carreras de grado del campo de la salud mental a las recomendaciones a las universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657”, dirigido por la Dra. Bottinelli para el tópico perspectiva de género, incluido en las recomendaciones. La investigación realizó un análisis de los programas de las carreras de grado de Trabajo Social, Medicina, Enfermería, Abogacía y Psicología.

Nos centraremos en los resultados del análisis del tópico género, pero se presenta necesario para la investigación articular estos resultados con los hallazgos sobre otros contenidos, como, por ejemplo, normativas presentes en los planes, colectivos vulnerados, interculturalidad, patologización y medicalización de la vida cotidiana, barreras de accesibilidad para una lectura armónica de los contenidos y en pos de problematizar las líneas propuestas. Este último punto es el más abordado en el estado del arte encontrado sobre el tema, especialmente en lo que refiere al acceso a la salud de las personas del colectivo LGTB+.

Si bien consideramos que la forma en que se aborda el tema de discapacidad en los planes de estudios aporta para el análisis del paradigma capacitista presente en las categorías normal-patológico y sano-enfermo de los cuerpos y organiza su circulación social, excede al objetivo de este artículo, aunque podría aportar a un análisis más extensivo.

## **Resultados para Enfermería**

La perspectiva de género es tratada de manera específica en los planes de estudios, menos uno, aunque en sus fundamentos refiere a la Ley de Identidad de Género.

Este tratamiento aparece de la siguiente manera: “condiciones sociales que inciden en la salud de las mujeres”; “maltrato a mujeres”; “protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato”, “salud y sexualidad desde

una perspectiva de género”; “el concepto de género: nuevas perspectivas para la identificación de problemas en el campo de la ética”; “de géneros y sexualidades, identidades y violencia de género”.

En todos los planes, se encuentran referencias a los grupos en situación de vulnerabilidad; sin embargo, no se hace mención alguna a personas del colectivo LGBT+, ni al concepto de “interseccionalidad”.

La cuestión de la accesibilidad se aborda con relación al acceso y el derecho a la educación y, en pocas menciones, al acceso a la salud como derecho humano. No se hace referencia a la población con mayores barreras de accesibilidad.

Respecto de la revisión de los procesos de patologización y el uso inapropiado de medicamentos, encontramos que en algunos casos se aborda la temática de manera diferente entre las materias de un mismo plan y no hay vinculación con la perspectiva de género.

## **Resultados para la carrera de Medicina**

Solo dos instituciones incluyen leyes o regulaciones específicas a nivel local como la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, la Ley de Identidad de Género, y la Ley de Educación Sexual Integral.

Respecto de la perspectiva de género, un único plan de una universidad pública del conurbano bonaerense hace un abordaje sistemático. En él se aborda el tema en dos asignaturas diferentes, Género, Sexualidad y Reproducción y Género y Salud, y se encontró una mención a ella en una tercera materia, Salud y Sociedad.

Existen menciones en otra universidad pública del conurbano dentro de la asignatura Medicina Social y una mención específica a la Ley de Identidad de Género en la asignatura Medicina Legal en una universidad de gestión privada. Es importante destacar que, en los objetivos y contenidos

de la materia Psiquiatría de una universidad privada, no solo hay una completa ausencia de la perspectiva de género, sino que incluso, en contradicción con la normativa vigente, se continúa estigmatizando y medicalizando la diversidad sexual: “Describir las patologías post-modernas (anorexia nerviosa, sida, drogadicción y trastornos sexuales). Realizar la denuncia de enfermedades de notificación obligatorias”; y “Unidad 10: ¿Qué es un trastorno sexual? Trastorno del deseo, de la excitación, orgásmicos, por dolor. Parafilias y trastornos de la identidad sexual”.

Con relación a la interculturalidad, solo dos planes de estudio presentan contenidos específicos en la materia. El resto de las instituciones no mencionan ningún término que desarme los estereotipos y prejuicios asociados a la interculturalidad. Además, se encontró que algunos temas requieren especial atención por la desigual inclusión en los contenidos según carreras (grupos vulnerables, consumos problemáticos, género, discapacidad).

## **Resultados para la carrera de Trabajo Social**

Un plan de estudio de una universidad nacional de gestión pública tiene como eje central de la formación los derechos humanos, que aparecen tanto en los objetivos generales de la carrera, como en los objetivos particulares y contenidos mínimos de varias materias. Un plan de una universidad nacional propone como eje central de la intervención profesional aspectos relacionados con las desigualdades sociales, y entre los contenidos aparecen temas vinculados con la otredad, la diversidad, la desigualdad social, las discriminaciones de las normas y las prácticas institucionales, entre otros.

En todos los planes de estudio, se encuentran contenidos con relación al eje de inclusión social referidos a la interculturalidad o la diversidad cultural, que son desa-

rollados en distintas asignaturas. Algunos de los aspectos de este eje, como temas vinculados a colectivos sociales en situación de vulnerabilidad, aparecen en menor medida, siempre abordados con respecto a la defensa de derechos de estos grupos.

Solo en dos planes de estudios se encontró la mención a género, de la siguiente manera: “género y vida cotidiana”, “trabajo y género”, “géneros”, “trabajos de las mujeres”.

## **Resultados para la carrera de Abogacía**

La cuestión de género en el derecho solamente es mencionada en los contenidos mínimos en un solo plan de estudio. En la materia Nociones de Derecho Civil, aparece como “derecho a la identidad e identidad de género”.

Asimismo, se incluye un contenido relativo a “derecho y género” en la asignatura Derecho Constitucional Profundizado. Se propone también una materia de nombre Derecho y Género dentro del núcleo de problemáticas actuales del derecho, aunque se explicita que es una de entre otras materias tentativas que abordan temáticas prioritarias a ser dictadas como seminarios.

Por otra parte, se encontraron referencias a los derechos de las mujeres. Por ejemplo, en la materia Nociones de Derecho Civil de una universidad de gestión pública del conurbano bonaerense, donde se aborda la cuestión de la siguiente manera: “Evolución de los derechos de la mujer, niños, ancianos y discapacitados”.

Otras referencias relacionadas con cuestiones de género que hallamos fueron las siguientes: en otra universidad del conurbano bonaerense de gestión pública, en la materia Derecho al Trabajo, se incluye un contenido relativo a “trabajo de mujeres y menores de edad”; y en el plan de estudios de una universidad de gestión pública de la CABA, entre los contenidos mínimos de la asignatura Derecho de

Familia y Sucesiones, se propone trabajar “violencia familiar: concepto, legislación e instrumentos internacionales de derechos humanos”.

## Resultados para la carrera de Psicología

Se desprende de los resultados que los planes de estudios analizados de universidades privadas responden a un perfil de formación orientado a neurociencias, privilegiando en los primeros años los contenidos mínimos de las materias Fisiología y Biología y las funciones psíquicas; esto no es menor como base para conceptualizar las categorías sexo, género e identidad sexual. Diferentes autores han mencionado que las categorías culturales sobre el sexo preexisten a toda percepción biológica, cuestionando una definición biológica del sexo.

Todos los planes analizados mencionan contenidos sobre género, en algunos casos en materias obligatorias y en otros, en optativas. En la mayoría de las instancias, el abordaje se desarrolla en optativas. Solo una universidad de gestión privada la menciona de manera transversal a lo largo del plan de estudio en asignaturas de distintos años de la carrera. La universidad de gestión pública plantea diferentes materias optativas para profundizar en esta temática. Se observó que, en 4 de los planes de estudio, los contenidos vinculados a género se encuentran trabajados desde una perspectiva biológica.

Y en la mayoría de los planes, los contenidos de género se trabajan solamente solo como desarrollo de sexualidad: “el desarrollo de la identidad, la influencia del entorno familiar y el entorno social, el desarrollo de la sexualidad, y los factores de riesgo y las conductas antisociales”.

Resulta significativo encontrar contenidos mínimos trabajados de la siguiente manera en un plan de estudio de una universidad de gestión privada: “Perfil cognitivo

diferencial de hombres y mujeres: diferencias neuroanatómicas, rol hormonal, neuropsicología. Conductas paterales. Altruismo vertical. Interpretación evolutiva de las conductas sexuales. *Mating*. Interés en múltiples parejas. Celos biológicos. Determinantes de la identidad de género. Intersexos. Feminización testicular. Discrepancias en apariencia sexual. Bases biológicas y perspectiva evolutiva de la homosexualidad”.

En lo que refiere a la perspectiva de derechos, solo hay dos menciones a los derechos humanos en los planes de estudio y no hay normativa específica vinculada al abordaje de la perspectiva de género. Ignorando la necesidad del abordaje solidario y complementario entre los derechos sociales, culturales y económicos en pos de la igualdad social.

El análisis de los contenidos mínimos de los planes de estudio de la carrera de Psicología muestra escasa presencia de conceptos como “intersectorialidad” y “accesibilidad” y una marcada ausencia de contenidos vinculados a actores sociales, medicalización, y revisión de clasificaciones psicopatológicas.

## **Algunas conclusiones para nuevas aperturas**

Es necesario señalar algunas consideraciones previas antes de presentar análisis posibles. Por un lado, que el análisis se realiza sobre los contenidos mínimos de los planes de estudio a los que se acceden, dejando de lado algunas inclusiones que pueden realizarse en los programas de las cátedras y en las dinámicas de las clases, dimensiones que es necesario incluir para un análisis en profundidad. Es decir, que se entiende que existen distancias entre el currículo formal y el currículo vivo, lo que efectivamente ocurre en la dinámica cotidiana de los espacios formativos; los programas y las clases son mediaciones que aportan para comprender las

lógicas de la implementación. Sin embargo, más allá de las modificaciones y ampliaciones que puedan incluirse (que muchas veces son iniciativa personal o colectiva), los contenidos mínimos son lo que institucionalmente se consideran como obligatorios. Por lo tanto, que existan a nivel curricular ausencias o contenidos contrarios al marco normativo en materia de derechos humanos es inadmisibile.

Por otro lado, no se espera agotar la discusión en estos resultados, sino, por el contrario, abrir nuevas preguntas que orienten futuros análisis e investigaciones.

Asimismo, se observa la necesidad de un abordaje articulado y solidario de la normativa con base en los derechos humanos. La integralidad para su cumplimiento y la solidaridad entre distintos núcleos temáticos para abordar las diferentes violencias. Salvo algunas excepciones, es significativa la ausencia de normativas vinculadas a problemáticas de género en los planes de estudio analizados. Esto, entre otros elementos de la formación, invisibiliza los principios básicos que deben ser considerados para garantizar un trato digno y no discriminatorio en las prácticas de salud.

La *equiparación de la categoría género a mujeres* se puede observar en algunos contenidos identificados en los resultados: “condiciones sociales que inciden en la salud de las mujeres”; “maltrato a mujeres”; “protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato”; “género y vida cotidiana”; “trabajo y género”; “géneros”; “trabajos de las mujeres”.

Este tipo de abordajes traen aparejadas la carga ideológica de todas aquellas doctrinas que atribuían la subordinación de las mujeres a su naturaleza biosexual, y las graves deficiencias epistemológicas y teóricas de la ciencia tradicional por haber hecho caso omiso del papel y de las actividades de las mujeres en la historia y en la sociedad (Scott, 1993). Si bien permiten problematizar una serie de invisibilizaciones acorde al trabajo de las mujeres y su ordenamiento de acuerdo a la heteronorma en la división de las esferas públicas y privadas, pueden dejar soslayada

la dinámica de la construcción de dichos ordenamientos sociales si se limitan a un análisis esencialista. El problema se sitúa cuando el análisis descansa en la diferencia física, invisibilizando las lógicas que estructuran esas jerarquías.

Recordamos aquí que el género es una categoría relacional, que propone analizar una serie de relaciones fundadas en la construcción de roles a partir de diferencias biológicas consideradas naturales.

Los resultados evidencian la necesidad de *clarificar las perspectivas desde las cuales se abordan algunas relaciones*; en especial en lo que respecta a las relaciones *género-sexo-deseo*. Encontramos en los resultados las siguientes menciones: “salud y sexualidad desde una perspectiva de género”; “el concepto de género: nuevas perspectivas para la identificación de problemas en el campo de la ética”; “de géneros y sexualidades, identidades y violencia de género”; “género, sexualidad y reproducción”.

Si bien se observa la inclusión de la categoría sexo para problematizar otras categorías, los aportes de Rubin se basan en la necesidad de no confundir las tradiciones epistémicas de los conceptos “género” y “sexualidad”, en cuanto ambos presentan diferentes lógicas que se relacionan, pero no se agotan en sí mismas, advirtiendo las dificultades de considerar el sexo como biológico y el género como cultural.

Otro de los riesgos que se soslayan en la falta de definiciones sobre cómo se comprenden las relaciones entre categorías es equiparar la identidad de género a la orientación sexual.

También se observa la *presencia de categorías esencialistas* en los planes de estudio que definen al sexo desde categorías biológicas en contenidos como “perfil cognitivo diferencial de hombres y mujeres: diferencias neuroanatómicas, rol hormonal, neuropsicología. Conductas paternas. Altruismo vertical. Interpretación evolutiva de las conductas sexuales”, “determinantes de la identidad de género. Intersexos. Feminización testicular. Discrepancias

en apariencia sexual. Bases biológicas y perspectiva evolutiva de la homosexualidad”.

Asimismo, si bien se ha identificado la presencia de *patologización de las diversidades sexuales e identidades de género no heteronormativas* en los contenidos mínimos de pocos planes de estudio, preocupa su permanencia en ellos: “¿Qué es un trastorno sexual? Trastorno del deseo, de la excitación, orgásmicos, por dolor. Parafilias y trastornos de la identidad sexual”. Situación preocupante para garantizar la accesibilidad a la salud y prácticas no discriminatorias, no solo por la presencia de dichos contenidos, sino por la escasa inclusión de análisis críticos a los procesos de medicalización<sup>4</sup> en los planes de estudio. Estas situaciones han sido denunciadas por diferentes experiencias corporales y sexo-genéricas fuertemente patologizadas, como el activismo trans, diverso-funcional e intersex (Contrera, 2016).

En relación con los últimos puntos desarrollados, se evidencia una necesaria revisión de los conceptos y desarrollos teóricos que, en la formación de grado de las carreras, definen la frontera entre lo normal-patológico, en cuanto las disciplinas del campo de la salud tienen una responsabilidad sustancial en los procesos de normalización que se inscriben sobre los cuerpos y las subjetividades.

Cuando se plantea la urgencia de avanzar en estas adecuaciones, se parte de la necesidad de garantizar el derecho a la salud y cumplir con nuestra obligación como profesionales de la salud de ejercer nuestra profesión dentro del marco normativo nacional e internacional vigente. De manera desagregada, y sin ser exhaustivos, podemos mencionar todas aquellas acciones que implican acompañar procesos cuidadosos de la singularidad de las personas usuarias de los servicios de salud, les trabajadores del sistema de salud y las comunidades.

---

<sup>4</sup> Aspecto relevado en función de las adecuaciones en los planes de estudio de las carreras de grado de universidades públicas y privadas, art. 33.º de la Ley n.º 26.657.

## Bibliografía

- Barrancos, D. (comp.) (2019). *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Fundación Soberanía Sanitaria.
- Barria Oyarzo, C. y Rivera Leinecker, L. (2016). Salud y género: una mirada sobre la violencia obstétrica. *Diálogos*, vol. 5, n.º 1, 97-103, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis.
- Bernstein, B. (1993). *La estructura del discurso pedagógico*. Madrid: Morata.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. París: Minuit.
- Bottinelli, M. et al. (2019). Adecuación de los planes de estudio vigentes de las carreras de grado del campo de la salud mental a las recomendaciones a las universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33.º de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Informe Final. UNLa. Buenos Aires.
- Contrera, L. (2016). En vez de patologización, derechos humanos. Recuperado de [bit.ly/35Y2WsE](http://bit.ly/35Y2WsE).
- Dussel, E. (2007). *Materiales para una política de la liberación*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Güereca Torres, R. (2017). Violencia epistémica e individualización: tensiones y nudos para la igualdad de género en las IES en Reencuentro. *Análisis de Problemas Universitarios*, vol. 28, n.º 74.
- Haraway, D. (1996). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Lodieu, M. T., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M. B. (2012). Fundamentos de la Salud Mental y Estrategias Comunitarias. Materiales del Curso Salud Mental Comunitaria.
- Kraut, A. (2014). La discapacidad mental es una cuestión de derechos humanos. *Página 12* del 28/10/2010. Recuperado de [bit.ly/3hOcLMn](http://bit.ly/3hOcLMn).

- Millet, A. (2018). Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancia. Programa de Becas de Investigación Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte. Recuperado de [bit.ly/35zp6BP](http://bit.ly/35zp6BP).
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina (2020). Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivo de Género. Junio de 2020.
- Panaia, M. (2014). La inclusión de la mujer en la profesión de ingeniería. *Revista Virajes*, vol. 16, n.º 1, Manizales, Universidad de Caldas.
- Rabbia, H. H. y Imhoff, D. S. (2012). Concepciones sobre heterosexualidad y actitudes hacia la disidencia sexual en estudiantes de Psicología de Córdoba. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, vol. 4, n.º 3, 22-29.
- Ramos, A. V., González, G. L. y Sandoval, I. T. (2021). La violencia de género en las instituciones de educación superior: elementos para el estado de conocimiento. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, vol. 51, n.º 2, 299-326.
- Ronconi, L. y Vita, L. (2013). La perspectiva de género en la formación de jueces y juezas. *Academia: Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, vol. 11, n.º 22, 115-155.
- Rovetto, F. L. (2017). Feminismos y ciencias sociales. Propuestas pedagógicas y aportes críticos para revisar programas de formación en el grado. *Revista de Educación*, vol. 12, n.º 12, 127-148.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Carol Vance (ed.). *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Scott, J. (1993). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Cangiano y L. Dubois (dirs.). *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: CEAL.

- Stolcke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, vol. 12, n.º 2, 77-105, mayo-agosto, Florianópolis.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Tajer, D., Checa, S., Poccioni, M. T., Genolet, A. y Bravo, E. (2000). *Género y salud*. Buenos Aires: Eudeba.
- Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M. M. y Sopransi, M. B. (2016). Diversidades sexuales y derecho a la salud. En *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Teseo.



