



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

**En torno a la noción de trastorno: ecología de prácticas en el marco de la Ley de
Salud Mental N°19.529**

Montevideo, Setiembre 2023

Stefany Cabrera C.I: 4.693.487-9

Docente Tutor: Jorge Chávez Bidart

Docente Revisor: Adriana Molas

Índice

Resumen	2
1. Fundamentación y Antecedentes	2
2. Marco teórico	7
3. Problema y preguntas de investigación	11
4. Objetivos	12
5. Metodología	13
6. Consideraciones éticas	14
7. Cronograma de ejecución	15
8. Resultados esperados y plan de difusión	15
Referencias bibliográficas	

Resumen

Este proyecto plantea como objetivo conocer la ecología de prácticas psiquiátricas que se producen en torno a la definición de trastorno mental en el marco de la ley N° 19.529. Los antecedentes indican que la noción de trastorno mental se ha transformado a lo largo del tiempo así como su tratamiento. Entenderemos a la noción de trastorno como un constructo actante que genera diferentes tipos de prácticas. Según Rose (2020) estamos ante un nuevo orden psiquiátrico, ya que todos somos potenciales portadores de patologías, y por tanto potenciales demandantes de curación. Rose (2020) plantea que la psiquiatría además de interpretar y diagnosticar, también delimita y define; por lo tanto, establece los límites de quien es o no un caso clínico. Nos enfocaremos en el estudio de las prácticas (Foucault) desde el planteo de Stengers (2005) haciendo uso de la perspectiva sobre ecología de prácticas. A partir de esto, nos centramos en el modo en que se producen dichas prácticas en psiquiatría dentro del Hospital Vilardebó, al momento de diagnosticar un trastorno, y cómo se entiende la concepción del mismo en la actualidad. Este trabajo tiene como método de investigación un enfoque cualitativo y un alcance exploratorio descriptivo con observación participante.

Palabras Claves: trastorno mental , ecología de prácticas, Ley de Salud Mental.

1.Fundamentación y Antecedentes.

En el transcurso del Proyecto de Investigación “Estudios en Salud Mental”, se investigó Ley de la Salud Mental N° 19.529 en Uruguay. Esto despertó en mí un gran interés sobre las prácticas psiquiátricas, las relaciones que establece con la concepción de los trastornos mentales y las prácticas que se producen en su entorno. Por ende, este proyecto pretende investigar cómo la noción de trastorno produce lo que podemos entender como una ecología de prácticas, en el marco de la Ley N°19.529 de Salud Mental. Estudiar las prácticas en torno a la noción de trastorno implica aproximarnos a las transformaciones de dicha noción, cómo ha sido entendida y en base a qué argumentos se dieron esos cambios; considerándola un constructo actante en tanto ha hecho y sigue haciendo hacer cosas a diferentes actores. El período que tomamos para estudiar estas transformaciones va desde 1950 a la actualidad, de manera de considerar los cambios que se asientan en los manuales clásicos de diagnóstico de enfermedades mentales, el *Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders (en adelante DSM) y la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (en adelante CIE).

En la búsqueda de antecedentes se da cuenta de cómo la noción de trastorno mental se ha integrado de manera sustancial en la elaboración del DSM. Desde la edición del primer manual de psiquiatría en 1952 hasta la última edición en 2013, el concepto de Trastorno Mental y su forma de categorización ha cambiado a lo largo de la historia.

Como hemos expresado anteriormente, los modos de entender el trastorno mental ha variado a lo largo del tiempo, pero al decir de Boysen (2007), ninguna definición es aceptada universalmente. Durante décadas, la psiquiatría ha tenido como función primordial la clasificación de los trastornos (Tizón, 2014), por lo que las taxonomías o clasificaciones psicopatológicas han estado tradicionalmente dominadas por los enfoques médicos, ejemplificados en las diferentes versiones del DSM (Deacon, 2013). Esta centralidad de la mirada médica, específicamente de la psiquiatría, ha provocado que los problemas mentales se denominen genéricamente como trastornos (Artigas- Pallarés, 2011).

Según Espinosa-López & Valiente-Ots (2017), la mayoría de las definiciones de trastorno incorporan 'las cuatro Ds' (de su denominación en inglés) que implican los términos Deviant (desviado), Distress (angustia), Dysfunction (disfunción) y Dangerous (peligro). Estas 'cuatro Ds' implican que el comportamiento tiende a ser disfuncional, ya que interfiere con el funcionamiento de la persona, generando disminución en la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias de manera constructiva. Son comportamientos molestos, que distraen e interfieren con el autocuidado, el trabajo productivo o las relaciones, sin embargo, la disfunción por sí sola no indica esencialmente presencia de psicopatología. Por último el comportamiento puede suponer peligrosidad hacia sí mismo o hacia los otros, situaciones de riesgo, confusión u hostilidad que pueden poner a la persona o los que le rodean en peligro. Si bien puede haber peligrosidad, la investigación indica que el peligro es la excepción más que la regla (Freedman et al., 2007).

Goldman, Gattozzi & Taube (1981) plantean que las personas con trastornos mentales graves y duraderos, son personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales (síndromes orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresivos y maníaco depresivo recurrentes y psicosis paranoides de otro tipo), sumado a los trastornos que pueden llegar a ser crónicos o que impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana (autonomía, higiene personal, relaciones interpersonales, etc.) e impiden el desarrollo de la autosuficiencia económica.

Estos autores identifican al tipo de diagnóstico, temporalidad y discapacidad como dimensiones clasificatorias de los trastornos.

A partir del trabajo de Sandín (2013), podemos hacer un recorrido histórico y clasificatorio de la evolución de los Trastornos Mentales Graves. En la edición del DSM I en 1952, se propuso a los trastornos mentales como reacciones de la personalidad a factores psicosociales. En 1968 se editó el DSM II y al decir del autor ambas ediciones carecían de una descripción de criterios formales que sirvieran para determinar los límites de cada trastorno. En 1980 se lanza el DSM III y se generó la primera revolución en la clasificación de los Trastornos Mentales. Según Mayes y Horwitz (2005) se dió un cambio en el paradigma dominante en la psiquiatría y la psicopatología. Tomado de la medicina, se generó un nuevo sistema de clasificación, según dichos autores este manual cambió la naturaleza de la enfermedad mental. El especial incremento de la cantidad de trastornos en dicho manual se interpretó según Sandín (2013) como una evidencia para clasificar una cantidad de problemas médicos y legitimar a la psiquiatría como profesión. Mayes y Horwitz (2005) plantean que fue el diagnóstico categorial el aspecto fundamental de este manual, basado en los síntomas para definir los trastornos mentales. Según ellos fue la psiquiatría quien se encargó de un incremento en la medicalización

A decir de Pallares (2011) esta edición representó un cambio en la comprensión de los trastornos mentales. Desde lo conceptual el principal cambio se presentó en el abandono de la dicotomía neurosis/ psicosis y por lo tanto el contacto con la realidad/desconexión de la realidad, paradigma sustentado por los psicoanalistas. En el DSM-III el modelo de trastorno se diagramó como un constructo categórico; los diagnósticos hacen referencia a entidades discretas y se caracterizan los límites entre normalidad y anormalidad. Retomando a Sandín (2013), se expone el cambio del paradigma dimensional (psicosocial) a un paradigma categorial (basado en los síntomas). El éxito del DSM-III según el autor, se debe a las características propias del manual y al cambio que produjo en la psiquiatría. Esta revolución afectó no solo a la psiquiatría, sino que también a la psicología, se caracteriza por ser neutral en cuanto a causas etiológicas lo que propició que sea utilizado por clínicos de cualquier orientación y formación.

En 1994 se lanzó el DSM-IV, en el cual se continuó con el modelo basado en síntomas. Durante 33 años, desde que se lanzó el DSM-III hasta que se publicó el DSM-5, se llevaron a cabo varias revisiones, manteniéndose el sistema de clasificación que había sido propuesto en el DSM- III con su modelo categorial basado en los síntomas. En el DSM-IV los criterios son mucho más claros, descriptivos y precisos. Se incluyeron los criterios de

significación clínica y el requerimiento de que exista malestar o deterioro significativo. Este manual tuvo gran aceptación por parte de la comunidad científica e influyó en el desarrollo de la psiquiatría reciente, la psicopatología y la psicología clínica, a diferencia del DSM-III en el que apenas hubo representación de la psicología. En este manual aumentó el número de trastornos mentales respecto a los anteriores, tal es así que en el DSM-III figuran 182 trastornos mientras que en el DSM-IV figuran un total 220 trastornos mentales.

En el 2013 se editó el DSM- 5, este manual se llevó a cabo en varias etapas desde 1999. El DSM-5 generó cambios respecto a los anteriores, se concibió como un cambio conceptual sobre la clasificación de los trastornos mentales además del perfeccionamiento de los criterios diagnósticos. Algunas de las modificaciones que propuso fue la incorporación de parámetros dimensionales en dichos criterios, hubo una irrupción de las dimensiones y los espectros. Se conceptualiza a los trastornos mentales en entidades discretas, dando por sentado que quienes poseen dicho trastorno son medianamente similares. Esto mismo trae aparejado el problema de la falta de límites precisos entre los trastornos. Si bien el DSM-5 mantiene la estructura básica categorial que se planteó en el DSM-III, se reconoce que los trastornos mentales no siempre se limitan dentro de un único trastorno. El DSM- 5 rectificó también las descripciones clínicas y aportó información adicional en relación al proceso evolutivo y los condicionantes sexuales y culturales. En este manual se suprimió la separación entre la psicopatología infantil y la psicopatología adulta. Rompe con la división anteriormente establecida y trata de dar mayor valor taxonómico a los procesos neurobiológicos relacionados con el desarrollo.

Según Conejo Cerón et al., (2014) el concepto de trastorno mental grave (TMG) surge en la atención comunitaria, en el ámbito de la salud mental en un intento por propagar la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para la organización de la atención sanitaria. Al hacer referencia al TMG, se alude a los trastornos mentales de duración prolongada que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de la enfermedad. En 1970 es cuando comenzó a utilizarse este término, pero han existido diferentes definiciones que se han centrado principalmente en tres dimensiones: Diagnóstico, Discapacidad y Duración (DDD). De la mano del Instituto Nacional de Salud Mental americano (NIMH), se presentó la definición que tuvo mayor consenso, incluyendo las tres dimensiones mencionadas anteriormente. En el diagnóstico sobre los trastornos psicóticos se considera la duración de la enfermedad y del tratamiento, en un tiempo no mayor a dos años, se considera además, la presencia de discapacidad que refiere a una afectación del funcionamiento laboral, social y familiar de moderada a severa.

Se realizaron revisiones muy importantes sobre este tema, recogiendo 17 definiciones de TMG utilizadas en 1972 y 1987. Esto se realizó para poder estimar la prevalencia de este trastorno en la población, así como para crear programas de atención en servicios de salud mental. También se encontró poca consistencia sobre la definición del TMG en la práctica clínica y se incluyeron dos categorías más: la seguridad hacia sí mismo y los demás y el apoyo social y familiar. Se modificaron los criterios establecidos por el NIMH en torno a las tres dimensiones mencionadas anteriormente. Hasta ese entonces, no se establecieron criterios sólidos ni un acuerdo internacional que defina el TMG (Conejo Cerón et al., 2014).

Para Espinosa-López & Valiente-Ots (2017) los trastornos mentales graves no son solo definidos a través de criterios clínicos, sino que también se tiene en cuenta la temporalidad y discapacidad. En lo que refiere al diagnóstico, hay tres grupos principales asociados al trastorno mental grave y duradero: los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos mayores y los trastornos de personalidad. Respecto a la temporalidad, se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento. Existe también afectación importante del funcionamiento familiar, social y laboral.

Braunstein (2013) desarrolla un pensamiento crítico acerca de la psiquiatría, sus definiciones y por ende su forma de abordar la enfermedad. Para el autor, la medicalización trae aparejado la construcción de hospitales generales y hospitales para enfermos mentales, haciendo que la figura del médico se convierta en autoridad política, tornándose indispensable para cualquier etapa de la vida de las personas. Los acontecimientos pasan a tener la connotación de “sanos o enfermos” desde la perspectiva médica y con él criterio de la “normalidad”. Cualquier desviación son siempre problemas que van a quedar bajo la jurisdicción médica y las soluciones van a ser brindadas por el “doctor”. La medicalización es funcional y está al servicio de un discurso, el de los mercados con el propósito de la salud, la vida larga y la ciencia (Braunstein,2013).

A partir de lo expuesto, se evidencia que la transformación de los modos de clasificar el trastorno está influenciado por lo sociohistórico, esas transformaciones han consolidado un entorno propio para el saber de la psiquiatría, entorno donde despliega sus prácticas asumiendo posiciones, al decir de Braunstein (2013), de autoridad, corrección, encauzamiento y control, en ese sentido cabe preguntarnos: ¿Qué prácticas psiquiátricas se producen en torno a la definición de trastorno en el marco de la ley N° 19529?

2. Marco teórico

El nuevo orden psiquiátrico.

A fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, se instaló un nuevo orden social donde la importancia de la locura adquirió relevancia y sus modos de abordaje, consolidaron el lugar de la psiquiatría como agente de control, “especialistas de un cierto peligro general que recorre el cuerpo social” (Foucault en Castel, 2013, p.8). Castel (2013) estudió cómo la locura propuso un problema para el orden social de ese momento, caracterizado por un Estado interventor en un contexto regido por las leyes del mercado surgidas tras la Revolución Francesa. El sujeto será entonces sometido a deberes y su comportamiento será regulado por la ley. A estas reglas no van a adaptarse todos los ciudadanos, la especificidad del loco va a resistirse, por lo que va ser necesario imponer un estatuto diferente, para de este modo poder insertarlo en este nuevo orden social. Esto traerá por consiguiente la construcción de un orden donde la psiquiatría ocupará un lugar de rectoría singular, imponiendo normas y ejerciendo su poder sobre los modos de entender la cuestión social.

En la actualidad, según Rose (2020), existe la sensación de que nuestras vidas cotidianas están enlazadas con la psiquiatría y esto alcanza mayor fuerza si aceptamos el abarcamiento que se le atribuye y al que hace referencia, también hoy, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos. Además, menciona que existen múltiples psiquiatrías, dado que hay muchas concepciones diferentes del trastorno mental y de su tratamiento. Si bien muchos de los psiquiatras plantean que los trastornos mentales tienen su raíz en el cerebro, centran su diagnóstico y tratamiento en cuestiones mentales más que cerebrales; por ejemplo, los patrones de pensamiento desordenados pueden tener o no una base biológica, pero se pueden abordar con terapias cognitivas de diversos tipos. En la medicina y la psiquiatría las directrices cambian de un país a otro, cambian también con el tiempo y además no todos las siguen. Este autor, de origen inglés, expresa que hay otra variable y es que los problemas mentales leves no suelen llegar a la psiquiatría, porque en muchos casos son gestionados por las familias.

Rose (2020) plantea que la psiquiatría además de interpretar y diagnosticar, también delimita y define; por lo tanto, establece los límites de quien es o no un caso clínico. En esta línea, se plantea que el DSM define el terreno del trastorno mental, ya que aquellos investigadores de la psiquiatría interesados en conseguir financiación y publicidad en revistas científicas estaban obligados a usar los criterios diagnósticos del DSM en la solicitud de ayuda, seleccionando los temas de estudio y presentando sus conclusiones previamente.

A la hora de determinar qué es un trastorno mental, los psiquiatras juegan un papel central, piensan que para comprender a los trastornos mentales es necesario conocer su raíz, entendiendo que son trastornos del cerebro. Partiendo de la premisa de que si algo no se investiga no va a formar parte de verdades potenciales, la financiación para investigar en psiquiatría depende de qué vías de investigación están determinadas por los intereses de estas entidades. Los financiadores establecen como prioridad la búsqueda de las bases cerebrales de los trastornos psiquiátricos. Esto es un tema de probabilidades y los mecanismos neurobiológicos, son los que más probabilidad tienen al momento de generar “verdades potenciales”. Tanto las prioridades, como los métodos y los hallazgos de toda investigación psiquiátrica van a ser determinantes no sólo en lo que sabemos, sino en cómo deberíamos intentar saber qué son los trastornos mentales (Rose, 2020).

La psiquiatría es para el autor, tal y como él lo denomina, intensamente política. El auge de los manicomios hizo que los psiquiatras cobraran un papel exclusivo, ya que tuvieron la capacidad de confinar y tratar a la fuerza a personas que habían transgredido el orden establecido, aún no habiendo transgredido ninguna norma legal. El autor se plantea como pregunta si la psiquiatría es hoy una práctica política, así como también si está vinculada fundamentalmente a prácticas de control social. Desde el siglo XIX el manicomio tuvo un rol fundamental para reclutar a las personas problemáticas, y la psiquiatría asumió el poder de recluir y someter a personas: “a duros “tratamientos... y, aunque se ocultara, la sombra de la coacción estaba presente en todas las decisiones de aceptar voluntariamente la hospitalización y el tratamiento” (Rose, 2020, p. 39). Según el autor estamos ante un nuevo mundo, con un nuevo orden psiquiátrico, entendiendo, que todos somos potenciales portadores de patologías, y por tanto potenciales demandantes de curación, lo que trae como consecuencia una sociedad a merced de las múltiples prácticas de la medicalización y psiquiatrización.

Prácticas y ecología de prácticas.

Según Castro (2019), para Foucault las prácticas son lo que los hombres hacen cuando hablan o actúan. Esta noción de prácticas, le permitió a Foucault aportar las nociones de episteme y dispositivos, entendiendo a la primera como las condiciones de posibilidad de todo saber, tanto el saber teórico como el que se manifiesta en una práctica (Foucault, 2002). Esta idea nos permite pensar en la medicalización y psiquiatrización de la sociedad en la actualidad, ya que se refieren a un conjunto de reglas históricas anónimas y determinadas en el tiempo y espacio que definen un área social, económica, lingüística o geográfica en una época determinada. La noción de episteme comparte con la noción de dispositivo ciertas características, constituidas por prácticas discursivas y no discursivas.

Al decir de Castro (2019), cuando Foucault analiza al asilo y al encierro en términos de prácticas, considera la modernidad como una actitud que se traduce en las múltiples prácticas que históricamente nos han constituido. Según Castro, el autor no explicita en ningún lugar que se entiende exactamente por prácticas, sino que es a través de investigaciones, que se desprende lo que se entiende por esta. La misma implica que esté presente la *homogeneidad*, es decir, la forma en que los hombres organizan su manera de hacer, de qué manera hacen lo que hacen. Por otro lado, la *sistematicidad*, estas investigaciones plantean que se considere sistemáticamente el dominio de las prácticas. Para finalizar, hay que mencionar las generalidades. En términos de prácticas, Foucault estudia también las relaciones entre la locura y la razón entre la salud y la enfermedad; entendida la generalidad de prácticas como una configuración histórica singular.

En tal sentido es menester entender a las prácticas como una herramienta para pensar sobre lo que ocurre (Stengers, 2005) y en este caso, lo que ocurre en torno a la definición de trastorno. Esta herramienta que hace pensar, que puede ser tomada por diferente personas y que en tal sentido no es neutral, puede usarse de manera particular es lo que Stengers (2005) llama *ecología de prácticas*. Esta idea surge estudiando las prácticas científicas, precisamente la física, que a partir de un revisionismo histórico entiende como la misma necesita de un nuevo hábitat. “Acercarse a una práctica significa entonces acercarse a ella en su divergencia” (Stengers, 2005). Al decir de la autora cuando se habla de herramientas para pensar, hay que distanciarse del hábito y permitir que la situación efectivamente nos haga pensar. La ecología de prácticas tendrá como cometido que se generen nuevas “identidades prácticas”, no se aborda las prácticas como son, sino cómo pueden llegar a ser. “Su objetivo es la construcción de nuevas identidades prácticas para las prácticas” (Stengers, 2005, p.4). No existe una identidad práctica que sea independiente de su entorno, con esto, la autora no quiere plantear que una identidad práctica derive de este, sino que debe de tenerse en cuenta por la implicación. “Spinoza podría decirnos que no sabemos lo que una práctica puede llegar a ser; lo que sabemos, en cambio, es que la forma misma en que definimos, o abordamos, una práctica forma parte del entorno que produce su ethos “ (Stengers, 2005, p.5).

En esta línea las prácticas y sus habitats o entornos, nos resultan idóneos para analizar lo que las concepciones de trastorno hacen hacer a los profesionales de la psiquiatría. En este sentido entendemos a la ecología de las prácticas como una perspectiva teórica para analizar e investigar el modo en que la noción de “trastorno” opera.

Entornos y agencias.

Al decir de Annemarie Mol (2012) las enfermedades antes, eran una entidad que se encontraban en tablas nosológicas, eran independientes y tenían entidad propia. Los médicos trataban a la enfermedad como un habitante del cuerpo. Luego se generó un cambio epistémico en el cual las enfermedades pasaron a ser condiciones del cuerpo, “la verdad acerca de una enfermedad ya no podía ser detectada escuchando las palabras de los pacientes” (p. 154) . De esta forma se forjó la dicotomía cuerpo-objeto/sujeto-cuerpo en la que nos encontramos hoy. La autora plantea a través del caso de una paciente con hipoglucemia como nos podemos centrar en la enfermedad pero también en el contexto. Mediante este ejemplo, se muestra cómo esta enfermedad genera prácticas en la persona que la padece, pero también en quienes la rodean. Mediante el caso de esta paciente, que cuando tiene un pico de hipoglucemia, Mol (2012) evidencia como todo el contexto, incluyendo objetos que la rodean están prontos para la acción. El entorno cumple un papel fundamental, porque los cuerpos no están aislados, forman parte de un contexto con fronteras permeables y puede ser determinante a la hora de abordar un episodio. Una enfermedad genera determinadas prácticas, en quien la padece, pero también en el entorno y en quienes tratan a la patología. Retomando la noción de trastorno, es pertinente trazar un paralelismo en cómo el trastorno hace hacer cosas a quienes lo padecen, pero también en quienes lo tratan.

En este sentido se puede pensar la composición de estos entornos con la presencia de humanos y como plantea Latour (2008), también habitado por no humanos. Para el autor los objetos tienen capacidad de agencia, entendiéndolo por ésta, una acción que pueda generar una modificación en un estado anterior. Los artefactos para Latour (2008) son actores o actantes en la medida en que son posibilitadores, obstaculizadores, que pueden sugerir, influir, autorizar o negar ciertos programas de acción. En tal sentido, se entiende a la noción de trastorno como un constructo actante, que hace hacer cosas a quienes participan en su entorno. La acción es el ensamble, como consecuencia de una acción de actantes, refieren a una cadena de asociaciones. Los discursos también forman parte de este ensamble y son también actantes. En este sentido podemos comprender la noción de trastorno como parte de este ensamble con capacidad de agencia y con la potencialidad de generar cambios en un estado anterior. Para poder desentrañar estas asociaciones es importante traer la teoría del actor- red (TAR). Para Latour la TAR, no es solo una metodología de investigación, es también una visión situada que se enfoca en la acción humana pero no solamente en esta. Para Latour (2008) la red, es la forma en la que suceden los hechos, es un conjunto de posiciones en las cuales un hecho cobra significado .

Para cerrar con las ideas que se han venido desarrollando, y lo que puede representar o no el concepto de enfermedad y la noción de trastorno, vamos a tomar esta cita: “Las concepciones usuales de la corporalidad se han caracterizado por un pensamiento que divide el conocimiento en compartimentos estancos. Esta forma de pensar ha limitado lo corporal a lo biológico, lo vivo a lo físico y esto a lo mecánico”. (Najmanovich,2001). En esta misma línea que se mencionaba anteriormente, Najmanovich plantea el reduccionismo como herencia de una paradigma que generó una división entre “aparatos” y “sistemas” aislado del medio que los nutre. Esta división entre Sujeto y Cuerpo fue consecuencia de un pensamiento que privilegia la sustancia respecto del proceso y la simplicidad mecánica a la complejidad de la vida (2001). Sobre finales del siglo XX, han comenzado a desarrollarse otros puntos de vista y otros paradigmas que están rompiendo esta división dualista, posibilitando enriquecer el pensamiento y pensando desde otro lugar la corporalidad. Un pensamiento que dé lugar a pensar el cambio desde sus múltiples dimensiones, el de la complejidad. Se necesitan nuevas formas de cartografiar, generar nuevas conceptualizaciones y nuevas herramientas. La metáfora de la red, los ensambles y la idea de la ecología de prácticas expresan la complejidad propia de la contemporaneidad, subrayando una idea de interacción y de autorregulación a partir del cual se terminaría con la perspectiva de un mundo basado en oposiciones dicotómicas. Existe una dinámica de intercambios que va a estar fundamentado por lo que surge en las relaciones vinculares, en una ecología de prácticas que crea entornos cambiantes de acuerdo a los modos de entender el padecimiento mental.

3. Problema y preguntas de investigación

La Ley N° 19.529 entiende a la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona puede afrontar su vida cotidiana, trabajar, ser capaz de contribuir con la comunidad, y ser consciente de sus capacidades. Se entiende que este estado se genera como consecuencia de un proceso dinámico del cual forman parte los componentes históricos, culturales, psicológicos, biológicos y socioeconómicos. En la Ley N° 19.529 se define el trastorno mental por la existencia de un conjunto de conductas y síntomas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento general de la persona.

Se reconoce a la misma de manera integral teniendo presente la importancia de la singularidad, y en tanto se consideran los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y culturales. Los derechos humanos y la dignidad humana constituyen el marco primordial sobre los cuales cesarán todas las medidas legislativas, educativas, judiciales, y de cualquier otra índole.

Es pertinente mencionar el cambio que la Ley plantea acerca de la hospitalización. En tal sentido una forma de abordaje apuntado a lo integral, en donde el concepto de encierro a la hora de atravesar un trastorno mental es planteado como última opción teniendo presente la importancia de la interacción social y ambiental del usuario de salud. Se propone cerrar las estructuras asilares suplantando las mismas por centros de interacción social y rehabilitación, dispositivos residenciales con apoyo y los centros de atención comunitaria. Estos lugares pensados para la interacción de la persona, dan cuenta de un cambio de paradigma, y en los mismos no se podrá reproducir un abordaje mediante el cuál se intenta disciplinar ni cualquier otra práctica mediante por la cual la persona quede alienada y sin interacción social. La ley plantea la educación y actualización permanente para los equipos interdisciplinarios que forman parte de la salud mental así como también a los equipos básicos de salud. Estos cambios promovidos por la ley exigen la transformación de las prácticas de los actores involucrados en el campo de la salud mental. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y analizando cómo el concepto de trastorno mental ha ido cambiando a lo largo de los años, y su capacidad de hacer hacer cosas a otros; surge la siguiente pregunta: ¿Qué ecología de prácticas se producen en torno al uso de la noción de trastorno en el marco de la ley N° 19.529? Para poder complementar esta pregunta se plantean las siguientes preguntas secundarias, situadas en el Hospital Vilardebó:

- ¿De qué modo se dan las prácticas de atención en psiquiatría en el marco de la nueva Ley de Salud Mental?
- ¿Cómo entienden los profesionales de la psiquiatría la noción de trastorno?
- ¿Cómo se construyen los diagnósticos a partir de la noción de trastorno?
- ¿Qué tipo de tratamientos permite elaborar la noción de trastorno?

4.Objetivos

Objetivo general: Conocer la ecología de prácticas psiquiátricas producidas en torno a la definición de trastorno en el marco de la ley N°19529 en el Hospital Vilardebó.

Objetivos específicos:

- Sistematizar las concepciones de trastorno que utilizan los profesionales de la psiquiatría.
- Conocer los modos de elaboración de los diagnósticos psiquiátricos.
- Conocer las estrategias de intervención que elaboran para el tratamiento de los trastornos mentales.

Preguntas de investigación:

- ¿Cómo evalúan que un paciente porta un trastorno mental?
- ¿Cómo se elabora el diagnóstico?
- ¿Cómo se identifica y construye cuál será el tratamiento indicado para un paciente previamente diagnosticado con trastorno mental?

5. Metodología

Diseño del estudio

El presente trabajo tiene un enfoque cualitativo y un alcance exploratorio descriptivo con observación participante. Se centra en la observación de fenómenos explorando a los actores dentro de un espacio que es natural para los mismos en tanto transcurre en su contexto. Se buscará mediante la observación participante y las entrevistas en profundidad la comprensión de los datos descriptivos que se desprendan (Taylor, 1987). A través de la metodología cualitativa se recogen datos descriptivos, se investigan las palabras y conductas de las personas. Esta metodología se refiere a la investigación como productora de datos descriptivos, las palabras de las personas y la conducta observable (Taylor, 1987).

Fuente de información y población de estudio

Se realizará una revisión bibliográfica lo que nos permitirá adentrarnos en el tema que nos convoca y empezar a sensibilizarnos con la temática y el campo de estudio. En este trabajo se realizarán entrevistas a informantes calificados y a psiquiatras que trabajan en el Hospital Vilardebó. Se pretenderá conocer sus métodos y protocolos a la hora de realizar un diagnóstico con la intención de vislumbrar cómo la psiquiatría actualmente delimita y define, y por tanto como interpreta y diagnostica, quien es o no un caso clínico; a la vez que elabora estrategias de tratamiento.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

En cuanto a las entrevistas a informantes calificados (3), se utilizarán para conocer de antemano el campo de estudio, de manera de aproximarnos a las características del funcionamiento del hospital, su organización y las prácticas de los diferentes profesionales .

En la metodología cualitativa el escenario y los participantes son considerados desde una visión holística, por lo que el estudio proseguirá con observación participante en los diferentes espacios del Hospital. La forma de interactuar con los participantes va a ser no invasiva y de una forma natural para no generar efectos en la población que es nuestro objeto de estudio (Taylor,1987). Se realizarán preguntas que no estén rigidamente

formuladas en un intento por no diferenciarse demasiado de la estructura que forma parte de dicha investigación. Al decir de Herbert Blumer (1969), teniendo presente que el cometido es tratar de entender cómo nuestra población ve las cosas, observando cómo hacen las cosas en la cotidianeidad y escuchándolos hablar, ya que las personas atribuyen al mundo que los rodea un significado particular. Las personas actúan sobre las cosas basándose en el significado que estas cosas representan para ellos, la acción va a estar determinada por el significado de las cosas.

Se realizarán entrevistas en profundidad a los psiquiatras que se encuentren actualmente trabajando dentro del Hospital con el propósito de comprender la conceptualización que utilizan los profesionales a la hora de delimitar un trastorno mental. Al decir de Taylor y Bodgan, se implementará a través de reiterados encuentros cara a cara entre los investigadores y los entrevistados con la intención de conocer las experiencias, situaciones y vida que tienen estos últimos y que será expresado mediante su propio discurso (1987). Se usará como herramienta la entrevista abierta, dando lugar a cualquier información extra que compartan, con el objetivo de acceder a su universo cultural y afectivo en cuanto a la temática.

A estas técnicas se sumará el estudio exhaustivo de las historias clínicas, con el objetivo de analizar cómo han sido elaborado y registrado los procedimientos y modos de elaboración diagnóstica en cada caso en particular. Se analizarán las historias clínicas de los pacientes que han sido diagnosticados con trastorno mental, los últimos 2 años previos a nuestra investigación con el objetivo de conocer el campo de estudio con sus singulares características.

6.Consideraciones éticas

Esta investigación está comprendida bajo el Decreto 379/008 de investigación en seres humanos, donde se estipula la protección de la dignidad y los derechos humanos de los participantes. Los participantes que conformen la muestra lo harán de forma anónima, voluntaria y libre. Se les informará respecto al tema de estudio, el propósito general de la investigación, beneficios, así como posibles riesgos, entre otros. Se solicitará la revisión y aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología. Así mismo se garantizará la protección de identidad y datos de acuerdo a la Ley N.° 18331.

7.Cronograma de ejecución

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
REV. BIBL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ENTR. INF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
OBS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
REL. HC	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
GUÍA ENT	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ENTRE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ANÁLISIS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ELAB INF	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
DIFUSIÓN	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

8.Resultados esperados y plan de difusión

Se espera, que a partir del presente trabajo, se pueda dar cuenta de cuán presente está el concepto de trastorno mental en la Ley de Salud Mental, y cómo los actores que son los encargados de diagnosticar e intervenir, delimitan al mismo.

Se pretende vislumbrar la ecología de prácticas psiquiátricas que diagraman el campo de la salud mental a la vez que son diagramadas por los conceptos que utilizan. Se pretende además sensibilizar sobre la temática de las prácticas, intentando dar cuenta de un trasfondo que pueda servir para cuestionarnos, quizás, las causas de por qué tenemos una Ley de Salud Mental vigente pero que aún no se implementa. Se espera que este trabajo proporcione cuestionamientos que puedan servir para nuevos lineamientos de investigación sobre el tema. En lo que refiere al plan de difusión, de ser posible se presentará en congresos referentes a la temática y se publicará en revistas científicas. Así como también se solicitará financiación para seguir explorando sobre la temática.

Referencias bibliográficas

- Artigas-Pallarés, J. (2011). ¿ Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), S59-S69.
- Blumer, H., & Mugny, G. (1969). La posición metodológica del interaccionismo simbólico. *Symbolic Interaccionism. Perspective and method*.
- Boysen, G. A. (2007). An evaluation of the DSM concept of mental disorder. *The Journal of Mind and Behavior*, 157 -173.
- Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI.
- Castel, R. (2013). *El orden psiquiátrico*. Ediciones Nueva visión.
- Castro, E. (2019). *Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores*. Siglo XXI editores.
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., ...& Moreno Küstner, B. (2014, August). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *In Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 2, pp. 223-233). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Day, M. (2019). El concepto de red en Manuel Castells y Bruno Latour. *RevIISE: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 13(13), 69-76.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical psychology review*, 33(7), 846-861.
- Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14.
- Foucault, M. (2002). *Las palabras y las cosas*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Freedman, R., Ross, R., Michels, R., Appelbaum, P., Siever, L., Binder, R., ... & Rosenbaum,

- J.(2007). Psychiatrists, mental illness, and violence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1315-1317.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Psychiatric Services*, 32(1), 21-27.
- Latour, B. (2008). Re-ensamblar lo social. *Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- Mol, A., Law, J., Suárez, M. J. M., & Martín, R. I. (2012). Acción encarnada, cuerpos actuados. El ejemplo de la hipoglucemia. In *Cuerpos y diferencias* (pp. 153-177)
- Najmanovich, D., & Sudamericano, A. I. (2001). Del cuerpo máquina al cuerpo entramado. *Campo grupal*, 30(1), 1-7.
- Parente, D. (2016). Los artefactos en cuanto posibilitadores de acción: Problemas en torno a la noción de agencia material en el debate contemporáneo. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, 16(33), 139-168.
- Rose, N. (2020). *Nuestro futuro psiquiátrico*. Ediciones Morata.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286.
- Stengers, I. (2005). Introductory notes on an ecology of practices. *Cultural studies review*, 11(1), 183-196.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.
- Tizón, J. L. (2014). *Entender la psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Herder Editorial.
- Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Weber, M. (1968). *On charisma and institution building* (Vol. 322). University of Chicago Press.