



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo final de grado
Proyecto de investigación

Profesionales de la salud:

Representaciones sociales acerca del Trastorno mental grave

Zenia Alfonsina Santamarina González C.I: 5.191.127-2

Tutora: Dra. Clara Betty Weisz

Revisor: Mag. Virginia Masse

Montevideo,

26/07/2024

INDICE

Resumen.....	3
Fundamentación.....	4-5
Antecedentes.....	5-8
Representaciones sociales, enfermedad mental y profesionales y estudiantes de la salud	5-6
Profesionales de la salud, estigma y trastorno mental grave/enfermedad mental: una asociación frecuente. Estudios en diversos ámbitos y poblaciones	6-8
Referentes teóricos.....	8-15
Trastornos mentales graves y modelos de atención a la enfermedad mental.	8-12
Estigma.....	12-14
Representaciones sociales.....	14-15
Problema y preguntas de investigación.....	15-17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
Diseño metodológico.....	17-20
Técnicas para la recolección de datos.....	18
Población objetivo	18-19
Análisis de contenido	19
Consideraciones éticas.....	19
Cronograma de ejecución.....	20
Resultados esperados.....	20
Referencias bibliográficas.....	21-24

Resumen

El siguiente proyecto de investigación se plantea conocer las representaciones sociales (RS) de los profesionales de la salud acerca de las personas con trastornos mentales graves (TMG). Se realizará con profesionales de la salud psiquiatras y psicólogos que se desempeñen laboralmente en distintas partes del país. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo y la metodología seleccionada es de corte cualitativo; para ello se realizarán entrevistas en profundidad. Resulta de interés indagar las representaciones sociales sobre los trastornos mentales graves que tienen los profesionales en un contexto donde coexisten distintos modelos de atención y abordaje de la salud y enfermedad mental; a su vez resulta relevante generar supuestos en torno al lugar de estas representaciones en la configuración del saber científico y en la práctica profesional. Este trabajo, además pretende ser un aporte a las políticas y prácticas sanitarias en el país, especialmente en un contexto donde se busca transitar hacia un modelo de salud mental comunitario y basado en derechos.

Palabras Claves: Representaciones sociales- Profesionales de la salud- Trastornos mentales graves- Estigma

Fundamentación

El presente estudio pretende contribuir con conocimiento actualizado sobre las prácticas en salud mental, los procesos de atención-salud-enfermedad y la dinámica entre profesionales y usuarios a través del análisis de las representaciones sociales de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Estas representaciones se definen como "sistemas cognitivos que incluyen estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas, los cuales pueden tener una orientación actitudinal tanto positiva como negativa" (Araya, S. 2002, p. 11).

La realización de este estudio es oportuna debido a la escasez de investigaciones en este campo y la relevancia de obtener datos provenientes de los profesionales de la salud, quienes desempeñan un papel fundamental en los procesos de atención y recuperación.

Los Trastornos Mentales Graves constituyen un desafío significativo en la salud mental contemporánea, afectando a una cantidad considerable de personas en todo el mundo. La esquizofrenia, por ejemplo, afecta aproximadamente a 24 millones de individuos y presenta una probabilidad de muerte prematura de entre el 40% y el 60%, atribuida a problemas de salud física no atendidos y suicidios (OMS, 2022).

En el ámbito normativo, la ley vigente (N°19529) establece un modelo de atención comunitario organizado en niveles, con el objetivo de cerrar progresivamente las instituciones asilares y promover la inclusión social y el ejercicio de derechos de los pacientes, incluyendo acceso al trabajo, vivienda, educación, esparcimiento, y la lucha contra el estigma y la discriminación (Brescia, M-N. et ál., 2021, p. 2).

Sin embargo, en la práctica, los asilos no han sido cerrados definitivamente y siguen siendo la única opción de asistencia para muchas personas. Además, el modelo comunitario aún no está adecuadamente desarrollado, careciendo de recursos humanos capacitados en esta perspectiva.

A su vez, un factor importante a considerar es el estigma, ya que resulta una barrera significativa en un proceso de recuperación. Este fenómeno se manifiesta de diversas formas y en distintos contextos: el estigma público, que surge de la sociedad y se refleja en actitudes negativas o discriminación hacia quienes tienen esta condición médica: El estigma institucional o estructural, que proviene de las instituciones y normativas vigentes, a menudo limitando el acceso a recursos, servicios necesarios para la recuperación o con la atención brindada por los profesionales, cuyas intervenciones pueden estar atravesadas por estereotipos y prejuicios. Por último, el estigma puede ser internalizado por la propia persona

afectada, afectando su autoestima y percepción de sí misma. Diaz del peral, D. (2017)

Por consiguiente, este estudio se propone examinar cómo las representaciones de los profesionales de la salud en Uruguay respecto a las personas con trastorno mental grave reflejan la transición y las tensiones entre los paradigmas tradicionales (biomédico, hospitalocéntrico, asilar) y las nuevas normativas orientadas hacia un modelo de salud mental comunitaria basado en derechos y recuperación.

Es fundamental investigar las representaciones sociales de los profesionales de la salud, ya que estas influyen directamente en la calidad y el tipo de atención que reciben las personas con TMG. Asimismo, comprender cómo se están implementando y recibiendo las normativas recientes ayudará a identificar desafíos y áreas de mejora en la política y práctica sanitaria del país.

Antecedentes

En el presente apartado se presentan los antecedentes hallados, mediante la búsqueda en los repositorios virtuales: Redalyc, Scielo, Dialnet, La referencia y mediante el método bola de nieve. Se seleccionaron en torno a su relevancia temática y a la actualidad, por lo tanto, se tomaron en consideración aquellos estudios realizados a partir del año 2010 en adelante.

Representaciones sociales, enfermedad mental y profesionales/estudiantes de la salud.

Se toman como referencia un trabajo centrado en las representaciones sociales de los profesionales de la salud y la esquizofrenia: León Nieto, L. N. y Lafaurie, M. M. (2024) y otro: Rodelo, C. y Garay, J. R. (2015); estudia las RS en estudiantes acerca los trastornos mentales; en este último trabajo no se delimita la noción de trastorno mental

Rodelo, C. y Garay, J. R. (2015); investigaron las representaciones sociales sobre salud mental y trastornos mentales en estudiantes universitarios de enfermería, utilizando un enfoque mixto estructural y procesual. Encontraron que las emociones son el núcleo central de la representación social de salud mental, mientras que en la representación de trastornos mentales predominan conceptos como depresión, ansiedad, estrés, personalidad, alteraciones, trauma y conciencia. La red de representaciones de trastornos mentales combina diagnósticos, síntomas y factores predisponentes.

León Nieto, L. N. y Lafaurie, M. M. (2024) realizaron un estudio cualitativo utilizando la

teoría de las representaciones sociales, investigando las percepciones de seis psicólogos recién graduados sobre las personas con esquizofrenia. A través de entrevistas semiestructuradas, se destacó la importancia de considerar la subjetividad individual de cada paciente, rechazando la homogeneización. Los participantes enfatizaron la necesidad de un enfoque personalizado centrado en las potencialidades del paciente y en intervenciones rehabilitadoras humanas y empáticas. Este estudio subraya la emergencia de una perspectiva integral que va más allá de los síntomas y diagnósticos en el tratamiento de la esquizofrenia.

Profesionales de la salud, estigma y trastorno mental grave/enfermedad mental: una asociación frecuente. Estudios en diversos ámbitos y poblaciones.

Existen vastas producciones dedicadas a estudiar el estigma hacia las personas con enfermedad mental en la población en general y en los profesionales de la salud mental, aunque en menor medida. La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en países distintos a Uruguay. En el caso de Uruguay, se cuenta con una reciente producción: Brescia, M-N. et ál (2021).

La importancia de incluir este conjunto de antecedentes radica en que los profesionales de la salud podrían tener representaciones sociales estigmatizantes acerca de las personas con diagnóstico de TMG adquiridas antes de su formación o producto de una formación basada en un modelo biologicista-asilar, o ambas.

En los estudios encontrados se hace referencia a enfermedad mental (mental illness): Gil Santiago, H. et ál (2016); Mårtensson, G, et ál. (2014); Brescia, M-N.. et ál (2021).

En otros casos, se utilizan trastornos mentales graves como categoría teórica: Sanz Calvo, J. (2019); Grandón, P. F. et al (2021); Valery, K. & Prouteau, A. (2020); Loch, A.A. et ál. (2013)

A excepción de: Valery, K. & Prouteau, A. (2020); Loch, A.A. et ál. (2013), en el resto de los estudios no se delimitan bajo ningún parámetro las nociones de enfermedad mental ni de trastorno mental grave.

Gil Santiago, H., et ál. (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo fue estudiar, el estigma y las variables implicadas, en el personal sanitario del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Se realizó un estudio con 160 trabajadores representativos de diferentes sectores profesionales, utilizando un cuestionario de veinte preguntas para investigar las actitudes hacia pacientes con enfermedad mental. Los resultados revelaron que el 43% consideró a estos pacientes más propensos a la violencia que otras personas, el 54% los percibió como

más impredecibles, el 71% reportó sentir incomodidad al interactuar con ellos, y el 37% opinó que deberían ser tratados en instalaciones especializadas. Se encontró una significativa correlación entre los estereotipos, prejuicios y la distancia social estudiada. Factores como la edad, nivel educativo y la experiencia personal con personas con enfermedad mental se identificaron como variables influyentes en las actitudes estigmatizantes.

Ross, C. y Goldner, E. (2010) encontraron que el personal de enfermería en salud mental muestra actitudes estigmatizantes, especialmente hacia trastornos como el Trastorno Límite de la Personalidad. Además, tienen perspectivas pesimistas sobre el pronóstico de la enfermedad mental, posiblemente debido a su contacto directo con pacientes en situaciones difíciles, como recaídas o incumplimientos de tratamientos, lo que podría afectar negativamente la información que transmiten a pacientes y familiares.

Mårtensson, G. et al. (2014) realizaron un estudio transversal en Suecia con personal de enfermería de salud mental de diversos dispositivos. Encontraron que las actitudes estigmatizantes variaban según el lugar de trabajo, y que actitudes más positivas estaban asociadas con un mayor conocimiento menos estigmatizado sobre la enfermedad mental y un contacto cercano con personas afectadas, ya sea amigos o familiares. Por otro lado, Crespi Mas, M. (2019) señala que el estigma hacia los trastornos mentales graves en el ámbito sanitario es una realidad que varía entre los profesionales según la edad, nivel educativo y la experiencia de contacto con estos trastornos.

Sanz Calvo, J. (2019) realizó un estudio descriptivo y transversal en enfermeras de salud mental del área sur de la Comunidad de Madrid, encontrando que estas profesionales muestran bajos niveles de estigmatización hacia personas con trastorno mental grave, aunque persisten estereotipos arraigados hacia la patología mental. Se concluyó que la formación especializada y la experiencia profesional mejoran los cuidados ofrecidos.

Grandón, P. et al. (2021) evaluaron el Programa "Igual-Mente" en profesionales de atención primaria en el Gran Concepción, Chile. Este programa redujo creencias estigmatizadoras y la infantilización hacia personas con trastornos mentales graves, aumentó la aceptación y disminuyó el rechazo a centros de salud mental comunitarios. El estudio utilizó un diseño de ensayo clínico aleatorizado con 316 profesionales de 12 centros de salud familiar.

A nivel nacional, Brescia, M-N. et al. (2021) realizaron un estudio sobre el estigma hacia la enfermedad mental en estudiantes de pasantía en psiquiatría. La investigación, llevada a cabo en la Clínica Psiquiátrica de la Udelar, utilizó una encuesta autoaplicada y

anónima administrada durante la pasantía en el Hospital Vilardebó y un hospital general de patología aguda (De Clínicas, Maciel o Pasteur).

Entre los resultados obtenidos se observó una disminución del estigma al final de la pasantía, especialmente en aquellos con familiares que han consultado a un psiquiatra. Sin embargo, algunos estudiantes con antecedentes personales de consulta psiquiátrica mostraron más estigmatización, las autoras enfatizan en el rol de la educación/formación para el combate del estigma.

Valery, K. y Prouteau, A. (2020) realizaron una revisión de 38 artículos publicados entre 1999 y 2019, que involucraron a 10,926 profesionales de la salud; los resultados demostraron que la esquizofrenia está dentro de una de las enfermedades más estigmatizadas por parte de los profesionales y que si bien, en general, muestran actitudes positivas hacia el tratamiento farmacológico, en cuanto al pronóstico y el distanciamiento social los resultados mostraron menos consistencia.

Un estudio realizado por Loch, A.A. et ál. (2013) en Brasil, arroja que los psiquiatras son un grupo heterogéneo, donde se pueden visualizar tres perfiles o grupos: el primer y menor grupo, llamado: sin estigma, tenía una percepción positiva de las personas con esquizofrenia, mostrando poco acuerdo con las restricciones y distanciamiento social. El segundo grupo: estigma discreto, era más joven y mostraba menos distancia social, aunque la mayoría estaba de acuerdo con la admisión involuntaria y tenía altos niveles de prejuicio percibido y el tercer y último grupo: gran estigma, tenía estereotipos negativos hacia las personas con esquizofrenia, aceptaba las restricciones y mostraba altos niveles de prejuicio percibido y distancia social.

Referentes teóricos

En esta sección se desarrollarán las categorías teóricas fundamentales que sustentan el proyecto.

Trastornos mentales graves y modelos de atención a la enfermedad mental.

Este apartado atraviesa distintos momentos, En primer lugar, se realiza un recorrido por los distintos modelos de atención a la salud y enfermedad mental, a su vez se revisan las diversas normativas en el ámbito de la salud mental, situando los trastornos mentales graves en este contexto evolutivo. Luego, se delimita la noción de trastorno mental grave en función de tres factores: diagnóstico, discapacidad y disfunción social. Finalmente, se profundiza y complejiza abordando desde perspectivas integrales lo que implica tener y enfrentar un trastorno mental grave.

Modelos de atención a la enfermedad mental

La conceptualización de la enfermedad mental ha variado a lo largo de la historia, y por lo tanto también la manera en que se han tratado a las personas que la padecen.

Siguiendo a Espinosa López, R., y Valiente Ots, C. (2017) estos autores refieren a que, desde las antiguas culturas como la griega y romana, hay registros que hacen referencia a la locura. Aunque existen algunas excepciones, a lo largo del tiempo ha prevalecido una perspectiva demoníaca y desfavorable con respecto a los trastornos mentales, “Asimismo, la idea de incurabilidad del trastorno mental junto a un miedo asociado a la violencia y agresividad en la locura ha perdurado hasta mediados del siglo XX.” (p.6). En este sentido, cabe destacar que las formas de exclusión, varían en cuanto a quienes se excluyen, pero se mantienen en estructura; pasaron de ser los leprosos los excluidos a ser los locos, fruto del saber moderno y el triunfo de la razón. Foucault, M. (1964/2006)

Es con la modernidad que se abre paso a la creación de los hospitales psiquiátricos, comúnmente denominados manicomios, enmarcado en un modelo asilar de abordaje de la enfermedad mental, Tisera, A et ál. (2018) resumen aspectos fundamentales: “La conformación de un campo médico estatal de intervención, la asociación entre enfermedad mental y peligrosidad y la implementación de la disciplina como principal terapéutica consolidan un modelo asilar y tutelar que implementaba la internación prolongada y la restricción de derechos como principal acción.” (p.40)

Uruguay no fue ajeno a este proceso de modernización del estado y por ende de la creación de instituciones asilares encargadas del tratamiento de la enfermedad mental; es así que en 1880 se crea el Manicomio Nacional, denominado posteriormente Hospital Vilardebó. Institución que funciona actualmente, el cual en términos de Duffau N. (2019) “sigue siendo, como hace cien años, el nosocomio público al que asisten los enfermos psiquiátricos de menores recursos.” (p.10)

Este modelo manicomial ha sido sustentado judicialmente por la ley N° 9581 de Asistencia a psicópatas; en referencia a dicha normativa Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR) y el Centro de Archivo y Acceso a la Información Pública (CAinfo) (2014) expresa que:

La ley 9.581 del año 1936 no responde a los requisitos mínimos exigidos para la internación en relación a los siguientes aspectos: consentimiento informado, requisitos para determinados tratamientos, órgano defensor de los derechos del paciente,

administración de medicamentos, reglamentación de la comunicación del paciente con el exterior, exigencia de un plan escrito de tratamiento, exigencias para la historia clínica y duración de la internación. (p.6).

Wolman, J-C. et ál. (2023) afirman, “basada en una perspectiva biologicista, acorde a los modelos conceptuales promovidos por los círculos académicos y organismos internacionales de la época” (p.275), además, vale puntualizar que se denomina psicópatas a las personas con enfermedad mental indistintamente sea cual sea su diagnóstico.

Sobre la década de los 60' esta situación ha comenzado a cambiar producto de diversos factores: avances en tratamientos farmacológicos, intervenciones psicosociales más efectivas, cambios políticos y culturales, surgimiento de movimientos por los derechos civiles. Esto ha conducido a una nueva forma de abordar y atender a las personas con TMG (Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN, 2003).

En cuanto a los países del continente (América del Sur) han optado por caminos diversos en lo referido a reformas psiquiátricas, y esto se ve reflejado en las leyes de salud mental que cada Estado ha gestado.

En el caso uruguayo, se creó la Ley N°19529 de salud mental, la cual está impregnada de una postura humanista, con énfasis en los derechos humanos y propone el pasaje a un modelo de salud comunitaria basado en la recuperación a la vez que apunta a la desinstitucionalización de las personas con padecimiento mental.

Se puede afirmar que: el aliento a la autonomía, contar con recursos humanos aptos para un ejercicio profesional en coherencia con la normativas y la lucha contra el estigma son puntos claves en la misma.

Llevar a cabo los lineamientos de la norma requiere inversión por parte del estado, tanto en el poner a disposición recursos necesarios para quienes tienen padecimiento psiquiátrico y sus familias, así como también es su deber la capacitación de los recursos humanos que los asiste (Dotti Ríos, M. G., & Otárola Acosta, M. A. 2023)

Por último, se pretende mencionar la creación del Plan de salud mental 2020-2027 cuyo fin es dar cumplimiento a la Ley N°1959.

Conceptualización de TMG

En relación a los trastornos mentales graves, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (1987) aporta una definición que por el momento es de las que presenta mayor consenso, en este sentido refieren que se trata de un conjunto de personas diversas

que experimentan trastornos psiquiátricos graves de larga duración, los cuales están acompañados de alteraciones mentales, con diferentes niveles de discapacidad y dificultades sociales. Esta noción, a su vez es la que se utiliza en el PNSM.

Además, enfatiza que estas personas requieren atención a través de una variedad de recursos sociosanitarios disponibles en la red de atención psiquiátrica y social; en este sentido siguiendo a Conejo Cerón, S. et ál (2014) puntualizan que la noción de TMG se origina en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental con la intención de superar la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para la organización de la atención sanitaria. (p.226)

Siguiendo a AEN (2002) los diagnósticos que se incluyen en los TMG son algún tipo de psicosis funcional (no orgánica). En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10): F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 (p.6)

Por su parte la AEN (2003) puntualiza que las personas con TMG son ciudadanos como cualquiera y que por ende tienen necesidades y derechos “alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.” (p.33).

El énfasis de dicho trabajo está puesto en que los problemas que presentan las personas con TMG van más allá de la sintomatología y el diagnóstico; lo que se ve afectado son el “funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad “. (p.35)

También resalta que este colectivo a su vez presenta necesidades y dificultades específicas relacionadas a su condición. En este sentido realiza una especie de punteo donde se mencionan de manera resumida dichas necesidades:

- Diagnóstico y tratamiento: ambos se requieren para controlar síntomas, prevenir recaídas y mejorar el funcionamiento psicológico.
- Atención en crisis: La hospitalización breve es necesaria para estabilizar la salud mental y facilitar la recuperación del paciente durante recaídas.
- Rehabilitación y apoyo social: A pesar del tratamiento, muchos pacientes mantienen déficits que dificultan su integración social. La rehabilitación psicosocial y el apoyo continuado son esenciales para mejorar sus habilidades y su integración en la comunidad.
- Integración laboral: La inserción en el mercado laboral es clave para la autonomía y la integración social. Son necesarios programas de rehabilitación y acciones para facilitar el acceso y la permanencia en empleos competitivos.
- Vivienda y cuidados: Es fundamental proporcionar alternativas de alojamiento y atención

residencial que promuevan la autonomía y la calidad de vida de las personas con TMG.

- Apoyo económico: Muchos pacientes tienen dificultades económicas debido a su historial laboral. Es necesario garantizar apoyo económico para cubrir sus necesidades básicas y facilitar su integración social.
 - Protección de derechos: Las personas con TMG enfrentan desafíos psiquiátricos y sociales, están propensas a abusos y dificultades para acceder a sus derechos. Es fundamental garantizar su protección y defensa en todos los ámbitos de atención y vida diaria.
 - Apoyo a las familias: Las familias son el principal apoyo de los pacientes, pero pueden necesitar asesoramiento y recursos para gestionar las dificultades y mejorar la convivencia.
- (p. 33-35)

Estigma

La noción de estigma hace alusión a una marca social que desacredita y la sitúa en una categoría social despreciada. Las etiquetas estigmatizantes pueden surgir por características físicas, condiciones médicas, identidades sociales; es decir todo aquel que no se ajuste a los estándares de supuesta normalidad y productividad. (Goffman, E. 1963/2006)

Goffman, E. (1963/2006) plantea que existen diversos tipos de estigma, pero concluye que todos tienen en común, en este sentido expresa:

un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos (p.15)

En cuanto a las personas con trastorno mental grave, en seno del estigma se encuentran fundamentalmente dos premisas, por un lado, que los enfermos mentales “no pueden cuidarse por sí mismos y necesitan estar institucionalizados” y por otro lado que “son violentos y su violencia, su agresividad es imprevisible e inopinada; es decir, son unas personas muy peligrosas, porque en un momento dado y sin venir a cuento, pueden tener una violencia ilimitada” (Díaz del Peral, D. 2017 p.129)

Los procesos de estigmatización suelen aparecer en distintos niveles: estigma público, auto-estigma (Muñoz, M. et. ál 2009) y estigma estructural (Díaz del Peral, D. 2017). A su vez dentro de dichos procesos se identifican tres componentes, los cuales son mencionados en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

Nombre original: Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental

	Estigma publico	Autoestigma
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza)
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda)

Fuente: López, M. et al (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información. pág. 49. Original: título y subtítulos en cursiva.

En cuanto al estigma estructural se materializa en la exclusión de las personas con trastornos graves de las políticas y normativas (Díaz del peral, 2017), a su vez se materializa en la falta de recursos asignados a la salud mental, el empobrecimiento, un mayor riesgo de involucramiento en actividades delictivas y contacto con el sistema legal de quienes presentan enfermedad mental. (Campo-Arias, A., et. ál 2014)

Representaciones sociales

Los estudios en torno a las representaciones sociales surgen en la década del 60´ con Serge Moscovici, donde introduce esta noción en su obra "La Psychanalyse, son image et son public" (1961).

El autor a grandes rasgos define a la representación social como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos” (Moscovici, S. 1961/1979, p.17),

Es una de las actividades psíquicas gracias a las cuales las personas comprenden la realidad física y social, se conectan con otros en un grupo o en relaciones diarias de intercambio, y desatan el potencial de su imaginación.

A su vez son una organización significativa; dependen de factores contingentes: naturaleza y obligaciones de la situación (contexto inmediato, finalidad de la situación) y de factores generales: contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, desafíos sociales. (Abric, J. 1994)

En torno a las condiciones de emergencia de una representación social, se plantean tres condiciones registradas: 1) dispersión de la información 2) focalización del sujeto individual y colectivo 3) presión a la inferencia del objeto socialmente definido. (Moscovici, S. 1961/1979)

En cuanto a las dimensiones, se identifican tres: la información, el campo de representación y la actitud.

La información consiste en la organización o conjunto de conocimientos que posee un grupo sobre un evento, hecho o fenómeno de carácter social. En cuanto al campo de representación se trata de la organización del contenido de la representación, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo, en forma jerarquizada. Por último, la actitud, indica la inclinación positiva o negativa hacia el objeto de la representación social. Es el aspecto más visible y concreto de la representación. (Mora, M. 2002)

Por otra parte, sobre la dinámica de una representación, se pueden describir dos procesos básicos: Por un lado, la objetivación, se trata de la selección y descontextualización de los elementos y formación del núcleo figurativo y naturalización. Por otro lado, anclaje, se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella.

Las funciones de las representaciones en términos de Jodelet, D. (1989) son, en general: integración de la novedad, interpretación de la realidad y orientación de las conductas.

La integración de la novedad tiene que ver con facilitar la incorporación de nuevos conocimientos a la base existente de un grupo, haciendo lo desconocido familiar; cada nuevo hecho u objeto debe inscribirse en las representaciones preexistentes. En cuanto a la función de interpretación de la realidad las representaciones sociales actúan como herramientas que sirven a los individuos en función de interpretar la realidad dentro de un grupo y una cultura,

compartiendo un universo semántico que facilita la comunicación e interacción social.

Por último, la función de orientación de las conductas, se puede decir que es consecuencia de las dos funciones anteriores en el sentido de que la toma de decisiones encuentra estrechamente vinculada a la representación que las personas y los grupos construyen sobre un objeto o situación social; las representaciones sociales actúan como una guía para el comportamiento y un marco de referencia para las acciones de los individuos.

Problema y preguntas de investigación

En el Plan Nacional de Salud Mental 2020-27 se identifican tres modelos de atención predominantes: el hospitalocéntrico, el asilar y el comunitario. Estos modelos parten de concepciones radicalmente distintas sobre la naturaleza de la enfermedad mental y su tratamiento. Las concepciones estigmatizantes del modelo asilar y hospitalocéntrico han dejado una marca significativa en la concepción y tratamiento de los trastornos mentales graves, como se ha discutido anteriormente. Históricamente, el modelo asilar promovía la segregación y el aislamiento de individuos en instituciones masivas, perpetuando la percepción de que las personas con enfermedades mentales graves eran incapaces de integrarse socialmente. Estos enfoques tradicionales han contribuido a estigmatizar a las personas con trastornos mentales graves al marginarlas y etiquetarlas como peligrosas o irrecuperables. Tisera, A et ál. (2018)

En contraste, el modelo de salud mental comunitaria, respaldado por la actual Ley de Salud Mental (N°19529), se basa en el enfoque de la recuperación, que enfatiza el respeto y la defensa de los derechos de los usuarios, combate el estigma y apunta al cierre de los asilos para el año 2025. Como forma de dar cumplimiento a esta normativa se ha establecido el Plan de Salud Mental 2020-2027, pero como ya ha sido mencionado no se han registrado suficientes avances en este sentido.

En este contexto complejo y a menudo contradictorio, es crucial examinar la postura de los profesionales de la salud, quienes desempeñan un papel central en el proceso de atención. Existe una tensión inherente entre las expectativas de un modelo transformador y la realidad compleja de sus prácticas cotidianas, especialmente porque el modelo comunitario no ha sido totalmente desarrollado.

Es importante destacar que los estereotipos, prejuicios y la discriminación, elementos clave en los procesos estigmatizantes, también están presentes en la sociedad en general,

estigma publico Diaz del peral, D (2017); sociedad de la cual los profesionales son parte. Se podría entonces hipotetizar que algunos de estos profesionales pueden haber internalizado perspectivas estigmatizantes debido a su formación académica, experiencia laboral en dispositivos asilares y/o la influencia de los mensajes sociales sobre la enfermedad mental.

En este sentido los medios de comunicación juegan un papel fundamental: como principales promotores de que la población general estigmatice por la enfermedad mental y discrimina, ya que sus contenidos (de las películas, programas televisivos, telenovelas) difunden mitos y visiones estereotipadas y muestran casos que no se apegan a la realidad, transmiten información errónea que promueven el miedo y el rechazo. (Mora-Ríos, J. et ál. 2013 p.65)

Surgen interrogantes sobre cómo estos profesionales interpretan y aplican las directrices de las nuevas normativas en el cambiante contexto de la atención de salud mental, qué elementos facilitan o dificultan su implementación, y si mantienen representaciones estigmatizantes y, de ser así, cuáles son sus fuentes.

Dado este panorama complejo es que surge la pregunta:

¿Cómo se componen las representaciones sociales de los profesionales de la salud acerca de las personas con TMG, en un contexto de coexistencia de distintas prácticas y saberes?

Otras preguntas de investigación:

¿Con que nociones de salud mental y de trastorno mental grave cuentan?

¿Qué herramientas se despliegan en un tratamiento? ¿Con qué propósitos?

¿Cuáles son los referentes teóricos desde donde sustentan sus prácticas? ¿Se tienen en cuenta las necesidades de las personas con TMG a la hora de intervenir?

¿Han recibido algún tipo de formación/capacitación en torno a la salud mental comunitaria y en el enfoque de la recuperación? ¿En qué institución, programa?

¿Establecen/forman parte de procesos de estigmatización?

Objetivo general

Explorar las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre personas con trastorno mental grave en un contexto de tensiones entre modelos coexistentes de salud mental.

Objetivos específicos

- Determinar noción de trastorno mental grave y sus implicancias
- Analizar impacto de la formación académica
- Analizar impacto de las actuales normativas en salud mental
- Analizar mediante casos clínicos las intervenciones realizadas en el proceso de recuperación

Diseño metodológico

En el presente apartado lo que se pretende es presentar el diseño metodológico del proyecto.

El mismo es de carácter exploratorio y descriptivo; exploratorio porque busca comprender un área poco explorada y dar una visión general (Sabino, C. 1992) en cuanto a las representaciones sociales de los profesionales de la salud en este contexto específico y descriptivo porque busca describir las características, naturaleza y componentes de las representaciones sociales.

El enfoque metodológico es de corte cualitativo; dicho enfoque permitirá un acercamiento a la problemática planteada desde la palabra de los propios actores, o sea los profesionales de la salud. (Taylor, S. y Bodgan, R. 1994)

Continuando con estos autores, Taylor, S. y Bodgan, R. (1994) expresan en torno a la investigación cualitativa: “Un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal, basado en una mirada superficial a un escenario o personas. Es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizado” (p. 22)

Técnicas para la recolección de datos (Entrevista en profundidad)

Se plantea la adopción de la técnica entrevista en profundidad la cual, en términos de Taylor, S. y Bodgan, R. (1994) son “encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones tal como las expresan con sus propias palabras” (p.101)

Se tratará de entrevistas abiertas y flexibles, aun así se hará especial énfasis en los temas de relevancia para el cumplimiento de los objetivos específicos como lo son la

concepción y abordaje de un TMG, la formación académica en cuanto al tema y el impacto de las actuales normativas en salud mental en su realidad profesional.

Este método cualitativo permite el acercamiento a entender cómo se construyen y se aplican los diagnósticos y prácticas terapéuticas en el ámbito clínico. Además, permiten el conocimiento y análisis de cómo la formación académica y la educación continua influyen en las prácticas profesionales, proporcionando una plataforma para explorar cómo el conocimiento teórico se traduce en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales graves. Por último, este método permite indagar de qué manera las actuales normativas en salud mental son percibidas y aplicadas por los profesionales de la salud en su práctica cotidiana, facilitando una comprensión detallada de los desafíos y oportunidades que estas normativas representan para la atención y el cuidado de los pacientes.

Se deberá establecer rapport con los entrevistados y una minuciosa comprensión de sus experiencias (Taylor, S. y Bodgan, R. 1994)

Población objetivo

Se empleará un muestreo intencional no probabilístico, el cual permite limitar la investigación a casos convenientes para el investigador.

En este enfoque, se seleccionarán participantes en base a los objetivos del estudio y las características necesarias para abordar las preguntas de investigación.

La muestra estará compuesta por un grupo heterogéneo de profesionales de la salud: Psiquiatras y psicólogos. Los mismos deberán estar dentro del rango de edades de 30 a 60 años, Incluir participantes dentro de este rango de edad permite capturar una diversidad de perspectivas generacionales, experiencias de vida y formativas las cuales pueden influir significativamente en las representaciones sociales. A su vez se seleccionarán participantes de ambos géneros, que trabajan en dispositivos de salud mental, tanto hospitalarios como comunitarios y estén involucrados en la atención de personas con trastornos mentales graves en diversas ubicaciones a lo largo del país, esto último asegura que las representaciones sociales estudiadas sean contextualmente relevantes y representativas de la diversidad de prácticas y realidades regionales en el país.

La convocatoria se realizará a través de distintos dispositivos de salud mental donde se desempeñen laboralmente psiquiatras y psicólogos. A su vez se pondrá en marcha la técnica bola de nieve.

En cualquier caso, se les acercará un formulario de preinscripción donde se establezcan los criterios de la muestra (Edad, dispositivo de trabajo, ubicación geográfica, profesión y género) y así poder constatar que quien se inscriba los cumpla.

Se dirá en primera instancia que se entrevistarán a unos 20 profesionales, pero lo cierto es que ese dato se obtendrá al final ya que depende de la saturación teórica, la meta es que se cuente con diversas perspectivas, y a su vez que se cumplan y haya representatividad de todos los criterios establecidos para la inclusión en la muestra.

Análisis de contenido

Se comenzará por la recolección de los datos obtenidos, por lo tanto, con la desgrabación y transcripción de las entrevistas, a medida que se realiza este trabajo también se irá destacando lo que se considere más relevante, Este proceso se realizará en lo posible en simultáneo con la aplicación de las técnicas. Será importante llevar un registro sobre aspectos comportamentales, como lenguaje corporal: gestos, movimientos, etc. del entrevistado, así como ambientales, es decir todo aquello que no será captado por la grabación pero que

Luego de tener la información lista y organizada se comenzará con el análisis pertinente, dividiendo los datos en componentes menores, es decir categorías temáticas que destacan similitudes y diferencias basadas en los datos obtenidos. Se pretende mantener una actitud reflexiva mediante todo el proceso, analizando los primeros y nuevos datos.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación se ampara en el Código de ética profesional del psicólogo del Uruguay (2001) y en el decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública.

Se obtendrán los permisos necesarios para realizar una investigación de este tipo. Se comunicarán claramente los objetivos a todas las personas involucradas, se solicitará su consentimiento informado mediante firma y se les informará que tienen la opción de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desean.

La prioridad será garantizar el beneficio y el bienestar de los participantes por encima de los beneficios que pueda obtener la investigación en sí.

Cronograma

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica												
Ajustes de proyecto												
Gestiones institucionales												
Entrevistas												
Desgrabación de entrevistas												
Análisis de datos												
Elaboración de informes												
Presentación de resultados												

Resultados esperados

Como ya se mencionó en apartados anteriores, el objetivo del presente trabajo es explorar las representaciones sociales de profesionales de la salud -específicamente psiquiatras y psicólogos que trabajan en dispositivos de salud mental- acerca de los TMG.

Con el estudio de dichas representaciones se pretende examinar la posición de estos profesionales en un contexto marcado por tensiones y fragmentación en la atención de salud mental, por lo tanto, es crucial identificar qué lugar ocupa el saber científico, académico y las nuevas normativas en torno a la salud mental comunitaria y a la perspectiva que esta sostiene en torno a los TMG y su abordaje; así como detectar que procesos han facilitado la incorporación de los mismos. A su vez se pretende identificar representaciones estigmatizantes.

Finalmente, este estudio busca contribuir al desarrollo de conocimiento local y fomentar la problematización y reflexión tomando como eje la relación entre profesionales y usuarios en el proceso de atención en salud mental, con el objetivo de contribuir en la formulación y mejora de las políticas públicas pertinentes.

Referencias bibliográficas

- Arbic. J-C (1994). Practicas sociales y representaciones. (primera edición). Ediciones Coyoacan
- Araya Umaña, S (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Flacso (facultad latinoamericana de ciencias sociales.)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.Madrid
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental grave. Madrid. Recuperado: aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf
- Brescia, María Soledad, de Mattos, Sylvana Noel, Porto, Viviana María, Redes, María Lía, & Wschebor, Margarita. (2021). Estigma y enfermedad mental: intervención en estudiantes de Medicina. *Revista Médica del Uruguay*, 37(1)
- Campo- A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167.
- Calvo Sanz, A. (2018) Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Revista Española de Enfermería y salud mental*.4-21
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J.M., Alot Montes, A., García-Herrera, J.M., González López, M.J., Quemada González, C., Requena Albarracín, J., & Moreno Küstner, B.. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 223-233
- Diaz del peral, D (2017) Recuperación y estigma. *Revista Psiquiatría Uruguay*; 81(2):127-144
- Duffau, N. (2019) Historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental. Ediciones Universitarias, Montevideo.
- Ríos, María Gabriela, & Otárola Acosta, María Araceli. (2023). Salud mental y seguridad de pacientes de acuerdo a Ley 19.529 que plantea la desmanicomialización. *Revista*

Uruguay de Enfermería (En línea).

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. ISSN 1579- 0207.

Foucault, M. (2006). Historia de la locura en la época clásica. Fondo de la cultura económica.

México. (Trabajo original publicado en 1964)

Gil Santiago H., Winter Navarro M., León Pérez P., Navarrete Betancort E. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. Norte de salud mental, 2016; XIV (55): 103-111

Grandón F., P., Bustos N., C., Cova S., F., Saldivia B., S., Ramírez V., R., Vaccari J., P., Vielma A., A., & Turenne, E. (2021). Resultados del Programa; "Igual-Mente" de Reducción de Estigma en Profesionales de Atención Primaria de Salud hacia Personas con Diagnóstico de Trastorno Mental Grave. *Psykhé*. Recuperado a partir de <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/41531>

Goffman, E. (2006). Estigma. Identidad deteriorada. Amorrortu. Buenos Aires- Madrid (Trabajo original publicado en 1963)

Hernández Monsalve, M., (2013). Psicopatología y recuperación. *Informaciones psiquiátricas*: 213(3): 285-319.

Instituto de estudios legales y sociales del Uruguay, y, Centro de archivo y acceso a la información pública (2014). Aportes para la transformación del modelo de atención en Salud mental en el Uruguay. Recuperado: <https://www.cainfo.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Saludmental.pdf>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027

Jenkins, J.& Carpenter-Song, E (2006). The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure. *Culture, Medicine and Psychiatry* Cleveland, v.29, p.379-413.

Jodelet, D. (1986) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Moscovici, Serge (comp.), *Psicología social II*, Editorial: Paidós. Barcelona.

- León Nieto, L. N., & Lafaurie Villamil, M. M. (2024). Representaciones sociales de psicólogos sobre las personas con esquizofrenia. *Informes Psicológicos*, 24(1), 90–104. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a06>
- Loch, A.A., Guarniero, F.B., Lawson, F.L. *et al.* (2013) Estigma hacia la esquizofrenia: ¿todos los psiquiatras se comportan igual? Análisis del perfil latente de una muestra nacional de psiquiatras en Brasil. *BMC Psiquiatría* 13 , 92.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A-M, y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1),
- Mårtensson, G. Jacobsson JW, Engström M. (2014) Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 21(9): 782–8
- Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici». *Athenea digital*, n.º 2.
- Mora-Ríos, J., Natera-Rey, G., Bautista-Aguilar, N., & Ortega-Ortega, M. (2013). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. *Flores-Palacios F, (Coordinadora). Representaciones sociales y contexto de investigación con perspectiva de género* , 45-80.
- Moscovici, S(1979). *El psicoanálisis, su imagen y público*. Editorial: Huemul. Buenos Aires, Argentina (Trabajo original publicado en 1979)
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo M. y Guillen, A (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Coplutense. Madrid
- OMS (1992) CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. Vol 1. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Recuperado: iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos*. Ginebra.

Ross C-A, Goldner E-M. (2009) Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009; 16: 558-67

Rodelo, C. y Garay, J. R. (2020). Representaciones sociales de la salud mental y de los trastornos mentales en estudiantes universitarios de enfermería. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(SPE5).

Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Ed.Panapo,Caracas,

Taylor, S. y Bodgan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.

Pidos.

Valery,K. & Prouteau, A. (2020) Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review, *Psychiatry Research*, Volume 290.113068,ISSN 0165-1781,<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>.

Uruguay (16 de noviembre de 1948) Ley No 11139. Ley Patronato del Psicópata. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>

Uruguay (Setiembre, 2017). Ley de salud mental N° 19.529. Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Wolman, JC, Guigou, MG y Gonella, A.. (2023) Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad:el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. *Psicología y Salud*, Vol. 33, Núm. 2: 267-281.