**“Tensiones en la transformación de las representaciones sociales en la formación de terapia ocupacional: del hospital neuropsiquiátrico a dispositivos de cuidado basados en la comunidad”.**

Autor: Laglaive, José Hernán.

Dirección electrónica: jose.hernan.laglaive@gmail.com

Formación de grado: Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Tipo de beca: Beca de Formación en Docencia e Investigación. Dpto de Ciencias Sociales.

­Adscripción académica: UNQ. ­Proyecto de Investigación: “Representaciones sobre los procesos de salud­ enfermedad­ atención y cuidado de salud mental en estudiantes de carreras de Salud” dirigido por Sergio Remesar. ­Programa de Investigación: “Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socioculturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos” dirigido por Cristina Chardón. Departamento de Ciencias Sociales.

**Introducción.**

Las representaciones sociales del cuidado de la salud mental de los estudiantes de terapia ocupacional de la U.N.Q. se encuentran en un proceso de transformación. Existe una tensión en el paso del paradigma manicomial a uno basado en los Derechos Humanos. Una problemática es la posición epistemológica sobre: el dispositivo, los abordajes basados en la comunidad y el mantenimiento del lazo social. De ahí la segmentación del conocimiento y las prácticas que disocian el campo de la salud de lo social. Es necesario superar esta mirada reduccionista del proceso salud-enfermedad y en particular incorporar los sufrimientos mentales como producto de condiciones socioculturales y económicas para salir de una posición biologicista que refuerza la institucionalización. Como señala Galende (2015);

“no debemos ignorar que todo ser humano tiene un derecho inalienable a participar en una comunidad formada por el conjunto de la humanidad (...), tiene también el derecho al reconocimiento, al respeto y a la dignidad debida a todos los seres humanos por el simple hecho de serlo y con independencia con todo matiz, calificación o clasificación, que lo separe o discrimine de otros seres humanos” (p. 62).

Se propone problematizar las conceptualizaciones en tensión sobre el dispositivo de salud, que determinará el proceso social complejo de prácticas tendientes al empoderamiento de sujetos de derecho o perpetuar un modelo de objeto de asistencia.

**Metodología.**

La encuesta utilizada consta de tres partes: un cuestionario de caracterización que incluye variables sociodemográficas y de perfil del estudiante construido *ad hoc*; un apartado que induce la asociación libre de palabras vinculadas al cuidado de la salud mental y su significado para el participante; y la solicitud de un dibujo y un relato sobre el mismo cuyo tema es el cuidado de la salud mental. Además, el protocolo ha incluido la hoja de información y el consentimiento informado para los participantes.

Durante noviembre y diciembre de 2015 se realizó la toma de datos a través de las encuestas a los estudiantes de un curso (Fundamentos Teóricos de la Terapia Ocupacional) del primer cuatrimestre de la carrera y a cursantes del último año (Investigación en Terapia Ocupacional). Se tomaron 27 encuestas a estudiantes del primer año y 17 a estudiantes de cuarto. En marzo de 2016 se tomaron mas encuestas con el fin de ampliar la muestra y lograr la saturación teórica planteada. Se recabaron datos de estudiantes de primer año (Fundamentos Teóricos de Terapia Ocupacional) y de cuarto año (Investigación en Terapia Ocupacional). En esta oportunidad se tomaron 24 encuestas de primero y 10 encuestas de cuarto, lo que constituye un total para primero de 49 encuestas y para cuarto de 29. Se conformó un total de 78 encuestas. Cabe destacar que se realizó de forma intencional la segunda toma en primer año en el turno noche. Se esperó encontrar una diferencia en cuanto al desarrollo de ideas, lo cual ha sido positivo en términos de datos ya que los estudiantes brindaron mayor información.

El análisis e interpretación de los datos se ha hecho sobre la sección de Asociación Libre de Palabras y dibujo de la encuesta. Sobre la Asociación Libre de Palabras (ALP) se ha seguido el esquema propuesto por Abric y la categorización de significados a través de la teoría fundada de Glaser y Strauss (Kornblit, 2007). Se ha centrado el trabajo en la identificación del núcleo central y de los elementos periféricos tal como plantea Jodelet (1986).

Según Jodelet las representaciones se ubican entre el plano psicológico y social de los grupos de individuos. En consecuencia, la asociación libre de palabras y la sección de dibujos apuntan a los dos planos de la representación del individuo.

En lo que respecta al análisis de los dibujos se han utilizado los recursos de antecedentes de investigación que han utilizado ésta herramienta (Remesar et.al., 2003, 2012)

Sobre la sección de ALP se han agrupado las palabras, tanto en primer año como en cuarto, en dos grandes categorías según los significados descriptos por los estudiantes; Paradigma Manicomial o Paradigma de Derechos. Las categorías han sido definidas a partir de la revisión de la literatura y de las prácticas a las que corresponden las descripciones. Es decir, que las categorías han surgido de los datos y han sido moldeadas por la teoría. Las mismas incluyen a su vez subcategorías que se encuentran en los dos paradigmas, aunque no son homologables los significados que se le otorgan. Estas son; (1) Significado asociado al rol la sociedad, (2) Significado asociado el dispositivo, (3) Significado asociado a la posición que adopta la persona, (4) Significado asociado a las redes de apoyo, (5), Significado asociado al desempeño ocupacional del sujeto (6), Significado asociado a la perspectiva profesional (7), Significado asociado al tratamiento, (8) Significado asociado al control y prevención como cuidado.

En una segunda instancia y también a través de la teoría fundada y el método comparativo constante, se realizó un análisis de lo que se incluyó en el instrumento como sección de dibujo y relato. Siendo los mismos, del orden de lo inconsciente que dibuja el estudiante. Luego se realizó un análisis global de la categoría y sub categoría. Esta triangulación metodológica ha permitido un análisis más profundo para conocer el estado de las conceptualizaciones en las representaciones del cuidado de la salud mental en el sujeto respecto a los modelos y paradigma vigente centrado en la desmanicomialización. Esta orientación será en el proceso un análisis más profundo respecto al estado de las representaciones y luego me permitirá realizar la comparación entre los estudiantes del primer y cuarto año.

**Características de la muestra.**

La muestra estuvo compuesta por 80 estudiantes de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la U.N.Q., del total 5 son personas de sexo masculino y 75 de sexo femenino.

En el primer año encontramos una composición de ocupación exclusivamente estudiante, 30 alumnos, mientras el resto además son empleados, nueve docentes y guardan relación al ámbito de la salud solo cinco. Cuatro personas expresaron trabajar en salud mental y ocho personas manifestaron poseer algún vínculo con la problemática. La vinculación a la problemática puede haber sido conocer a alguien con problemática en salud mental o uno mismo, conocer un vecino o allegado, etc.

En el último año de la carrera la composición ocupacional sigue siendo exclusiva y predominantemente estudiantil, 20 son solo estudiantes. Al mismo tiempo de los estudiantes que además se encuentran trabajando solo dos están vinculadas a la salud mental. Dieciséis personas manifestaron guardar alguna relación con la problemática.

A continuación, se realizará una aproximación a la definición teórica de las categorías sobre las representaciones sociales del dispositivo, el tratamiento y las redes de apoyo en salud mental con la comprobación e interpretación de los datos.

**El dispositivo.**

El manicomio fragmenta, despedaza. Todo lo que allí sucede tiende a negar la historia, el continuo presente, cristalización esencial del tiempo vivido por los internos también engulle a los trabajadores de estas instituciones. En su interior se reproduce un estado de cosas que perpetúa una situación de explotación de las almas, ya que los cuerpos, sirven para casi nada.

(Aguirre, 2014, p.28).

La categoría del dispositivo atiende las discusiones en torno a las concepciones de la institución que están en el imaginario de las personas. En el trabajo desarrollado por Cohen y Natella (1995) sobre el proceso de desmanicomialización en Río Negro puede notarse la construcción social del dispositivo de hospital monovalente que fue necesario ir derribado a partir de prácticas basadas en el nuevo paradigma de derechos. El hospital neuropsiquiátrico se ha constituido desde sus inicios como la institución jerárquica y única para la atención de problemáticas de la salud mental.

Goffman en su trabajo *Internados* (1961) aporta un análisis de los dispositivos de encierro con una lógica de desculturización del sujeto y una culturización institucional, dejando de lado los resabios de una identidad propia. El manicomio no ha sido ni más ni menos que los intentos de la sociedad por anular, apartar e invisibilizar aquellos con comportamiento “anormal”. Ahora bien, la construcción de prácticas centradas en los derechos lleva a reflexionar e intervenir en función de la necesidad humana de las personas con problemáticas en su salud mental. El “loco” ya no es el que debe ser excluido para ser “devuelto” a la sociedad, sino que desde una perspectiva de derechos es necesario contemplarlo como sujeto histórico que necesita de su participación social y un pleno goce de libertades como una vivienda digna, educación y trabajo. Esto no puede darse sin replantearse el dispositivo. Aquí el hospital neuropsiquiátrico o la clínica privada dejan de ser las instituciones hegemónicas y jerárquicas en la atención de las personas. Son aquí los hospitales públicos los que deben llevar adelante la atención de las problemáticas de salud mental. Se suman desde la perspectiva desmanicomializadora/ desinstitucionalizadora los hospitales de día, las casas de medio camino, entre otras tantas. En definitiva, los dispositivos tendientes a desinstitucionalizar al sujeto.

Sobre los lugares de cuidado, los estudiantes de primer año asocian al término inductor “cuidado de la salud mental” al paradigma manicomial, instituciones monovalentes (Borda, Moyano, clínicas) y se las define como; “instalaciones que brindan ayuda gratuita y pública a la sociedad” o “lugar donde realizan el cuidado del paciente”, dicho por estudiantes de primer año. No existe para el primer año una descripción explicita al dispositivo que lo ubique en el paradigma de derechos. Lo cual puede significar que existe una clara concepción arraigada en el hospital monovalente como institución jerárquica, total y de referencia para la atención en salud mental. Es decir, puede pensarse que frente a la situación de encuesta se ha colocado lo esperable, pudiendo entrar en contradicción distintas concepciones.

Ahora bien, en el cuarto año el panorama no es alentador. El paradigma manicomial presenta tres menciones, tres en primer o segundo lugar de importancia. Se describen palabras como Instituciones de salud mental; “que sean suficientes para albergar a las personas”, “que atiendan la salud mental” (dicho por estudiantes de cuarto año). Estas descripciones contemplan una visión de la persona con problemática en su salud mental como quien debe ser alejado o “albergado” en un lugar diferente o “especial” para la salud mental. Si bien existen dispositivos específicos como residencias protegidas estás suponen una dinámica social que escapan a la necesidad de pensar a la salud mental como algo separado de todo el proceso de salud-enfermedad.

Sobre el paradigma de derechos solo hay una mención en último lugar de importancia. Es decir, solo una palabra de 114 que se distribuyen entre las otras categorías. Es descrita la palabra Institución como la que “puede regular el equitativo acceso y produzca beneficios” (dicho por estudiante de cuarto).

En síntesis, no hay una visión clara sobre los dispositivos de atención en salud mental. El conocimiento de estos dispositivos implica un saber necesario sobre las instituciones de cuidado del Estado. Algunos pueden ser el Centro de Atención Primaria de la salud, los Centros de Integración Comunitaria, el Hospital General, el hospital de día y de noche, el emprendimiento social, dispositivos de externación como; casas de medio camino, residencias protegidas, familias sustitutas, entre otros.

Ahora bien, realizando un análisis de los dibujos y relatos hechos por los estudiantes se observa en primer año 29 referencias al nivel de atención primaria (o ausencia de enfermedad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad), 2 al secundario (atención de la enfermedad o problemática en hospitales generales), 14 al terciario (rehabilitación en dispositivos especializados). Como se ha desarrollado en la categoría anteriormente descrita, la mayoría de las referencias al espacio público se dan en dispositivos de salud, que se encuentran enmarcados especialmente en hospitales neuropsiquiátricos. Pero por otro lado se encuentran las descripciones al espacio privado, básicamente el hogar y la espiritualidad. Estas últimas dan sentido a la gran aparición de menciones al nivel primario de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no por Centros de Atención Primaria de la salud correspondientes al Estado sino a una cuestión propia del sujeto. Podría interpretarse de esto que para los encuestados no existe rol del Estado en las políticas de salud tendientes a la promoción de salud.

Estudiantes de primer año de la Lic en T.O. U.N.Q.

Respecto a los dibujos y relatos de los estudiantes de cuarto año puede mencionarse que; persisten las proporciones, 14 menciones al nivel primario de atención, 3 al nivel secundario y 9 al terciario. Al igual que en el primer año esto puede explicarse por los espacios privados y públicos del cuidado. El espacio público sigue constituyendo los mismos dispositivos en el nivel terciario. La aparición del nivel primario de atención se debe a la promoción de la salud que realizan los sujetos. Se invisibiliza aquí también el rol del Estado para ésta tarea.

Estudiantes de cuarto año de la Lic en T.O. U.N.Q.

Como puede verse, en comparación las representaciones de estudiantes de primer y cuarto año de terapia ocupacional de la U.N.Q., el hospital neuropsiquiátrico constituye aún el lugar específico de tratamiento. Es la institución centralizadora y hegemónica del tratamiento en salud mental. Puede verse aquí de forma transversal las categorías del rol de la sociedad, sus espacios públicos y privados, con los dispositivos y los niveles de atención. Hay un claro desajuste entre la legislación vigente y las representaciones sociales de éste colectivo de estudiantes de salud, que tiene que ver más con concepciones iatrogénicas de los niveles de atención y las posibilidades en los dispositivos.

Bajo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se plantea la importancia de diversos dispositivos en la comunidad, no por fuera, y con perspectiva de participación en la comunidad de la persona. El hospital como referente a determinadas situaciones, pierde “jerarquía” ante la existencia y necesidad de otros dispositivos como los ya mencionados.

**El lugar del tratamiento.**

El tratamiento consiste en eliminar los síntomas. Pero no se cuestionan las razones que originaron determinados sentimientos y acciones. Desde esa perspectiva la felicidad puede adquirirse mediante el uso de píldoras, y la farmacología es la gran patrocinadora de cuerpos dóciles y adaptados.

La relación clínica que se establece a partir de ahí se encamina generalmente según la perspectiva del conocimiento del técnico, y afirma y legitima una relación desigual de poder entre las partes.

Utilizar la discrepancia de conocimientos como forma de someter a las personas al poder y a las deliberaciones de los técnicos por sobre los organismos y conductas sociales retrata bien la ideología dominante que impregna las relaciones sociales y provoca estratificaciones sociales también entre los profesionales de la salud realimentando, a su vez, esa ideología.

(Da Rocha Medeiros, 2012, pp. 82-83).

Al avanzar en las categorías propuestas hay sin dudas una relación directa de significados y relaciones mutuas, el tratamiento no está ajeno a la perspectiva profesional, a lo que esperan los familiares y a las posibilidades de acción en la intervención de los agentes de salud. Es sin duda el tratamiento de crucial importancia para el bienestar de las personas con problemáticas en adicciones y salud mental. Con lo cual hay dos perspectivas que son necesarias matizar, el tratamiento individualizado o la interdisciplina.

Como ha señalado Da Rocha, la hegemónica en las prácticas en salud es la “jerarquía de saberes” de unas disciplinas sobre otras. La del profesional sobre el técnico, la del equipo sobre la familia, la del médico sobre el resto del equipo. Esto constituye una mirada sesgada sobre los procesos y enfoques de atención de las personas. En tanto reproduce la anulación de la persona y se la coloca en el lugar de “paciente”, quien debe recibir. La relación planteada es unidireccional y de subordinación. A su vez, la hegemonía de saberes o ciertos profesionales nos plantea la prominencia del ideario farmacológico como beneficio exclusivo o como cura por sobre otros métodos de abordaje para la atención de las personas. No se trata de que la acción del fármaco sobre nuestros neurotransmisores produzca cambios en el complejo salud-salud mental, que está determinado también por condiciones sociales, culturales y económicas. El tratamiento en salud mental no debe anteponer constantemente lo biológico a los malestares subjetivos en la sociedad.

Debemos encontrar, como se plantea a partir de la Ley de Salud Mental, una perspectiva interdisciplinaria que implica un abordaje desde la multiplicidad de saberes como psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapistas ocupacionales y trabajadores sociales, entre otros profesionales. Asimismo, se plantea como necesario que el tratamiento psicofarmacológico se realice en el marco de un abordaje interdisciplinario y no de forma automática. Además, describe a la internación como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. (Ley N°26.657, 2010). Aquí hay nuevamente un punto de encuentro con las restantes categorías, como es el caso especial del rol de la sociedad y los dispositivos de atención que, como se ha visto, carece de definición precisa en el sentido comunitario-social.

En los estudiantes de primer año encontramos la categoría del paradigma de derechos en último lugar. Se describen palabras como Humanidad (“las personas deben ser consideradas y poseer un tratamiento humanitario”, dicho por estudiante de primero), Tratamiento (“el tratamiento debe ser humanitario”, dicho por estudiante), Terapia familiar (“que esta terapia ayude a afrontar la situación que viven con el paciente y enseñar a cómo tratar a éste”), entre otras. En lo que respecta al paradigma manicomial, los estudiantes de primer año la ubican en segundo lugar con una única palabra, Medicamentos (“para la curación”, “toda persona es medicada, a veces es necesario y otras no”, “aliviar”, “aliviar, ayudar”, dicho por estudiantes). Ubican a las personas como sujetos pasivos que reciben cuidados desde el tratamiento farmacológico.

En el cuarto año encontramos al paradigma de derechos con palabras como Empoderamiento, Autonomía, Autovalimiento con significados tales como; “decidir sobre el tratamiento”, “decidir sobre sí mismos”, “poder cuidarse a uno mismo”, “libertad de elección durante su vida”, “para las actividades básicas”, “criterio de elección de oportunidades durante la vida de una persona. También se relaciona con la libertad”. Por otro lado, el paradigma manicomial ha recibido una mención sola, Tratamiento inadecuado; “no se utilizan las metodologías más apropiadas”, dicho por estudiante de cuarto año.

Se observa autocuidado sin incluir un otro para el equilibrio, un autocuidado que contempla a otros significativos, co-ocupaciones como actividades de cuidado que dependen de la participación de otros para la realización. Éste análisis del nivel de inclusión de otros para las ocupaciones se comprende en las dos grandes categorías que son el Paradigma Manicomial o el Paradigma de Derechos.

El Paradigma Manicomial comprende en ésta subcategoría la anulación del otro en su desempeño ocupacional por condiciones de “incapacidad”, “imposibilidad” o “condición social, ambiental, de enfermedad discapacitante”. Es visto desde el lugar de la dependencia del sujeto y no de las posibilidades de inclusión en la sociedad y la participación con otros. Así mismo en cuanto al desempeño en las áreas específicas, por ejemplo, Participación Social, puede observarse la calidad de la participación o si es imperativa del profesional.

El Paradigma de Derechos supone en este aspecto la diversidad de ocupaciones de desempeño del sujeto, o cuando no fuera posible factores que potencien la toma de decisiones o posea agrado en la participación.

Estudiantes de primer año de la Lic en T.O. U.N.Q.

Estudiantes de cuarto año de la Lic en T.O. U.N.Q.

**Los vínculos, redes de apoyo.**

La investigación llevada adelante por Palacios (2014) describe que en la población española hay una relación indirectamente proporcional entre nivel de conocimiento sobre la salud mental con prejuicio y estigma social hacia las personas con esta problemática. Aquellas personas que más conocimientos tienen tienden a cambiar la conceptualización de estas personas. Existen algunos puntos de encuentro en las representaciones sociales del colectivo de estudiantes de terapia ocupacional según las categorías construidas, hay un claro avance en lo que respecta a las conceptualizaciones de la locura. Sin embargo, hay puntos críticos que pueden explicarse por el núcleo central de la representación social.

En este sentido la idea de encierro, que deviene de los siglos XIII y XIV en Europa, tiene que ver con una necesidad social de anular, marginar y excluir a los enfermos mentales. Ciertamente los avances científicos y la práctica profesional en salud han avanzado, pero se sigue reproduciendo una concepción social del enfermo asociada al alejamiento como necesario. Las experiencias de desmanicomialización en Río Negro demuestran la concepción arraigada en la idea del distanciamiento de la persona enferma de su familia. Siendo ella quien debe asegurar guardar la mejor atención en un espacio ajeno a la realidad de la persona, con otras personas con su misma problemática y con profesionales que se encargarán de “devolverlo” a su cotidianeidad. Claramente combatir esta concepción es hacer parte, en el mejor de los casos, a la familia, amigos y comunidad como red de apoyo por la salud de la persona (Cohen y Natella, 1995).

Parte del proceso de la Desmanicomialización/ Desinstitucionalización implica generar y sostener redes de apoyo, vínculos afectivos amplios, que impliquen el compromiso de distintos actores por el bienestar de la persona durante todo el tratamiento y su vida. Los agentes de salud y las instituciones no son albergues sino promotores y apoyo para el ejercicio de derechos. Cabe mencionar aquí que desde la perspectiva de derechos el equipo profesional y no profesional debe formar parte de esta red, teniendo al igual que los otros actores una función por la salud de la persona. Emiliano Galende nos señala que las personas y sus familias incluyen en sus redes grupos religiosos, amigos, de la sociedad civil en general. Asimismo, plantea que “la perdida de la presencia del otro, la atenuación de su papel para la vida propia, es también la perdida de la función de sostén y regulación de la vida psíquica que el otro, los otros, efectúan” (Galende 2015, pp. 125).

Los estudiantes de primer año otorgan a ésta categoría el primer lugar de importancia, por cantidad de palabras y menciones en primer o segundo lugar de importancia. La ubican principalmente en el paradigma de derechos y mencionan palabras como Cuidado (“para el cuidado las personas necesitan de apoyo, buena calidad de vida, plenitud para que los problemas exteriores no afecten su salud mental”, “acompañar en el cuidado de la higiene, familiar”, dicho por estudiantes de primer año), Contención (“ayudar a tejer el andamiaje que sostiene a todas y cada una de las personas”, “no abandonar, brindar apoyo”, dicho por estudiantes), Relaciones (“vínculos que sean sanos y no generen problemas”), Familia (“que esta terapia ayude a afrontar la situación que viven con el paciente y enseñar a cómo tratar a éste”, dicho por estudiante), Acompañar (“que no este solo en la recuperación, tenga un buen ambiente rodeado de personas significativas”, “acompañar al individuo en su problemática”, dicho por estudiantes de primer año).

Los estudiantes de cuarto año también ubican la categoría en segundo lugar de relevancia, luego del Rol de la sociedad y el Desempeño ocupacional para el paradigma de derechos. Se describen palabras como Compromiso (“de los profesionales y la familia”, dicho por estudiante de cuarto año), Vínculos (“que favorezcan la inclusión. Sujeto de derecho”, “con familiares y pares”, dicho por estudiantes), Apoyos (“tener familia y amigos. Siento que cada una de las palabras descritas anteriormente son necesarias para lograr tener un equilibrio en la salud mental de uno”, dicho por estudiantes de cuarto año).

Para el análisis de los dibujos y relatos en esta categoría comprende la existencia o no de redes de apoyo de los sujetos implicados con problemática de adicciones o salud mental. Se asigna la descripción de Redes de Apoyo o Sin Redes de Apoyo cuando corresponda exclusivamente a una problemática de SM o Adicciones, denotando de esta forma su relevancia para la problemática según el estudiante. Así mismo se describe -RA o -SRA en los casos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es decir, cuando no hay asociada una problemática específica, pero se debe denotar la existencia de redes.

Entre los estudiantes de primer año se mencionan para las personas con problemática en salud mental redes de apoyo 13 veces y se invisibiliza la red de apoyo en 12 veces. Asimismo, en ausencia de problemática de salud mental se menciona 9 veces la necesidad de una red de apoyo y 12 veces se invisibiliza la misma. Para ambos casos de la persona sin red de apoyo se describe a un sujeto solo, que interactúa con el ambiente o con animales. Se ubica aquí los casos donde la persona prioriza la espiritualidad como protección de las problemáticas laborales o de otros.

Estudiantes de primer año de la Lic en T.O. U.N.Q.

Entre los estudiantes de cuarto año se mencionan para las personas con problemática en salud mental redes de apoyo 12 veces y se invisibiliza la red de apoyo 4 veces. En ausencia de problemática de salud mental se menciona 6 veces la necesidad de una red de apoyo y 2 veces se invisibiliza la misma. Al igual que en primer año se sigue la misma tendencia par entre la necesidad de un otro/a o la invisibilización del mismo.

Estudiantes de cuarto año de la Lic en T.O. U.N.Q.

Del análisis se desprende que las redes de apoyo están poco definidas y que no hay una concepción clara de la necesidad de otros por fuera de compañeros, personas que asisten a la institución. Viendo esto en relación a la ALP y dibujos y relatos de forma transversal entre primero y cuarto no hay coherencia clara. En tanto en la asociación libre de palabras se incluye a otros como familiares, amigos, los mismos profesionales.

**Conclusiones.**

Del análisis preliminar surge que entre los estudiantes de primer y cuarto año persisten algunas concepciones arraigadas en el paradigma manicomial, no así lo que atribuye cada uno al término inductor “Cuidado de la salud mental”.

Las descripciones a las palabras dan cuenta de éste proceso de transición. Jodelet platea que las representaciones sociales sobre el objeto están constituidas/ agrupadas en elementos periféricos y en el núcleo central. El primero constituye las creencias que se encuentran en tensión directa y relación con las opiniones y significados del colectivo social en el cual se encuentra. Es más permeable a modificaciones, pero sobre la base del núcleo central. Éste último consiste en las elaboraciones arraigadas en el sujeto sobre los significados que se enraízan en su experiencia y trayectoria. Las representaciones sociales determinan y guían las prácticas de los sujetos y colectivos en función de la creencia compartida sobre el objeto.

Para una interpretación más amplia sobre las múltiples problemáticas identificadas en las representaciones de los estudiantes que persisten en la formación de la Licenciatura en Terapia Ocupacional se definen tres problemas centrales; (1) la cuestión del dispositivo o atención basada en la comunidad y externación para ejercicio de derecho de ciudadanía, (2) la falta de perspectiva de las implicancias del abordaje interdisciplinario en las prácticas, para la inclusión del sujeto en el entramado social complejo, sin ser segregado y pasivo en su tratamiento, (3) la inclusión de la cuestión del consumo de sustancias como problemática de la salud mental, dejando atrás una concepción del consumo como punible. Posición que por cierto invisibiliza los determinantes culturales, económicos y sociales.

Chardon (2008) señala que el cuidado ha salido del terreno de lo privado a lo público, del cuidado endogámico familias a las políticas de Estado.

Debe observarse en el caso de las representaciones de los futuros terapistas ocupacionales, efectores de salud, un punto de tensión entre el cuidado y el descuido. Los estudiantes invisibilizan los medios del Estado en tanto instituciones de externación o basados en la comunidad y por otro no problematizan una problemática sensible como es la del consumo. En ninguno de los dos cursos se contempla a las Adicciones como una problemática de la Salud Mental, solamente hay dos menciones. La primera es “Trastorno por sustancia” en cuarto año, pero su descripción no contempla a ésta como una problemática de salud mental en si misma sino como como predisponente a “patologías mentales”. Se suma una mas en cuarto sobre la palabra “Prevención” que es definida como “fundamentalmente en lo que respecta a las adicciones, contempladas actualmente por la nueva ley de salud mental”. En la sección de dibujo y relato para el curso de cuarto año no hay referencia alguna al consumo de sustancias. Solo un dibujo en primero define en un espacio institucional la terapia de grupo como recurso para la Actividad Instrumental de la Vida Diaria, Gestión y Mantenimiento de la Salud. La misma depende de otros y se plantea en término de red de apoyo.

Es necesario problematizar las acciones propias que se plantean como expresión del cuidado individual que exige la sociedad, la salud no es en función de los otros o con otros sino la individual. ¿Esto se ubica en el paradigma de derechos? La expresión de estas acciones de introspección individual que no invitan a reflexionar sobre el lugar de los otros, pero si sobre las ocupaciones propias merece ser discutido en el marco de los determinantes de la salud.

**Bibliografía.**

Ávila, A., Martínez, R., Matilla, R., Máximo, M., Méndez, B., & Talavera, M. A. (2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. *AOTA.*

Aguirre, J. L. (2014). Hospital Psiquiátrico de Oliveros: Una historia. *Archivos de Medicina Familiar y General*, *11*(2), 27-33.

Bottinelli, M., Nabergoi, M., Remesar, S., Pirro, S., Galván, M., Anile, J., Rivarola, N., Jaime, E. (2003) *La formación profesional en salud sobre los procesos de envejecimiento. Estudio de las representaciones sociales sobre vejez y envejecimiento en estudiantes de enfermería*, en Memorias de las XV Jornadas de Investigación *y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Bourdieu, P., y Passeron, J. C. (2009). Los herederos: los estudiantes y la cultura.

Chardón, M.C. (2008). Representaciones y construcción del conocimiento social. La construcción de la alteridad y el cuidado, en educación formal y no formal. 9na. Conferencia Internacional de Representaciones Sociales. Bali, Indonesia.

Chardon, M. (coord.). Recrear las representaciones sociales. Apuntes de evaluación. Serie Digital/Ciencias Sociales [en línea]. 2009, n° 9. [fecha de consulta: 11 junio 2016]. Disponible en:<http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/4fe9cb61aa8c4.pdf>

Cohen, H., y Natella, G. (Eds.). (1995). Trabajar en salud mental: Desmanicomialización en Río Negro. Lugar.

Da Rocha Medeiros, M., (2012), *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*, Santa Fe, Argentina: Ediciones Universidad Nacional del Litoral.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *Psicología social II*.

Galende, E. (2015), *Conocimiento y prácticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.

Goffman, E. (1972). Internados: ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu editores (trabajo original publicado 1961).

Guajardo, A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, *9*(5), 18-29.

Kornblit, A. (2007). Cap. 3 La teoría fundamentada. Cap. 5 Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista. En A. KORNBLIT. (Ed.), Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis. (pp. 47-76, 91-111). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (Diciembre de 2010*) Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657.* Disponible en:<http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>

Palacios, A. (2014). Conceptualización y sensibilización sobre las personas con enfermedad mental. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia TOG*, 11 (20), 1-19.

Pérez Marc, G. (2007). Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo. *Archivos argentinos de pediatría*, *105*(2), 134-142.

Presidencia de la Nación (7 de abril de 2010) *Decreto reglamentario Nº 603/2013.* En: BOLETÍN OFICIAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Año CXXI Número 32.649. Disponible en:<http://www.boletinoficial.gov.ar/DisplayPdf.aspx?s=01&f=20130529&ph=0&sup=False>

Remesar, S., Leegstra, R., Cristiani, L., Cacciavillani, M., y Chardon, M. (2012). Representaciones sobre prácticas de cuidado al final de la vida. En IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Samaja, J. (2007). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Eudeba.

Vieytes, R. (2004). Cap. 7 Diseños de análisis textual. Cap. 24 El análisis de los datos en investigación cualitativa. *“Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas.”* Editorial de las Ciencias.

Wilcock, A. A. (2011). *Reflexiones acerca de hacer, ser y llegar a ser.* Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, (14), 18.