



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

**Análisis del tratamiento para los  
pacientes con trastornos mentales  
graves en dispositivos institucionales  
públicos de la Ciudad de Buenos Aires  
desde la perspectiva de profesionales  
de la salud mental.**

**Estudiante:** Manuel Eduardo Ans

**Legajo:** 24149

**Director/es:** Lic. Gustavo Salomón Nahmod

Trabajo Final de Integración para acceder al título de grado de la Licenciatura en  
Psicología.

2024

## Índice:

<b>1. Resumen</b> .....	<b>1</b>
<i>Palabras Clave:</i> .....	1
<b>2. Introducción</b> .....	<b>2</b>
2.1 Delimitación del Objeto de Estudio.....	2
2.2 Planteamiento el Problema.....	3
2.3 Objetivos .....	4
2.3.1 Objetivo General.....	4
2.3.2 Objetivos Específicos.....	4
2.4 Hipótesis y/o Supuestos Básicos de Investigación .....	5
<b>3. Estado del Arte</b> .....	<b>6</b>
<b>4. Marco Teórico</b> .....	<b>13</b>
4.1 Salud mental (SM):.....	13
4.2 Trastornos Mentales Graves (TGM):.....	16
4.3 Tratamiento para Trastornos Mentales Graves (TMG).....	20
4.4 Adherencia al tratamiento: .....	23
4.5 Factores de riesgo en salud mental: .....	26
4.6 Abordaje de la Salud Mental en dispositivos Institucionales Públicos: .....	30
4.7 Marco Normativo: .....	31
4.7.1 Ley Nacional de Salud mental .....	31
<b>5. Método</b> .....	<b>34</b>
5.1 Diseño .....	34
5.2 Participantes .....	34
5.3 Técnica de recolección de datos .....	34
5.4 Procedimiento.....	37
<b>6. Resultados</b> .....	<b>38</b>
<b>7. Discusión</b> .....	<b>52</b>
<b>8. Conclusión</b> .....	<b>58</b>
<b>9. Aportes y contribuciones de la Investigación</b> .....	<b>60</b>
<b>10. Limitaciones de la Investigación</b> .....	<b>61</b>
<b>11. Líneas de Investigación Futuras</b> .....	<b>62</b>
<b>12. Propuestas de Intervención</b> .....	<b>63</b>
<b>13. Referencias:</b> .....	<b>66</b>
<b>14. Anexo</b> .....	<b>71</b>

## **1. Resumen**

El presente trabajo integrador final tuvo como objetivo analizar las ventajas y desventajas del tratamiento para pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG) en dispositivos institucionales públicos de la Ciudad de Buenos Aires desde la perspectiva de profesionales de la salud mental. Para ello, se utilizó una estrategia metodológica cualitativa con un diseño fenomenológico. Se entrevistaron 12 profesionales que desempeñan su labor en el ámbito público de la salud mental y como instrumento se utilizó la entrevista semidirigida para examinar los datos obtenidos a partir de la formulación de categorías de análisis. Se concluyó que los dispositivos institucionales públicos especializados en salud mental presentan ventajas para con el tratamiento que lleva a cabo un paciente con trastornos mentales graves (TMG) ya que cuenta con acceso gratuito a los medicamentos prescritos en el plan psicofarmacológico, la posibilidad de realizar tratamiento psiquiátrico y/o psicológico también de manera gratuita, y por último, se suma la posibilidad de reinserción social a través de la asistencia a talleres en donde los pacientes pueden aprender habilidades psicosociales.

### ***Palabras Clave:***

TRASTORNOS MENTALES GRAVES (TMG), DISPOSITIVOS  
INSTITUCIONALES PÚBLICOS, LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL  
N°26.657.

## **2. Introducción**

### **2.1 Delimitación del Objeto de Estudio**

Durante muchos años se estudió el fenómeno de los trastornos mentales graves (TMG) para intentar alcanzar una definición del mismo, pero siempre ha surgido controversia con respecto a este concepto (Oliva et al., 2023). González et al. (2005) sostiene que existe entre un 8% a 12% de pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG) que cumplen de manera rigurosa su tratamiento farmacológico. Sabido es que el no cumplimiento del plan farmacológico trae consecuencias perjudiciales para el paciente como para la sociedad (Velásquez & Carrión, 2022). Para Campodónico (2019), el abordaje de la salud mental en dispositivos institucionales públicos sufrió una severa redefinición en la cual se pasó de un paradigma mancomunal-asilar a otro en el cual predomina una lógica tendiente a la promoción de la salud y el bienestar.

En la actualidad, se entiende por trastornos mentales graves (TMG) a la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los diferentes trastornos de la personalidad como es el caso del Límite o Borderline y el tratamiento para cada uno de estas problemáticas mentales severas puede llevarse a cabo a través de un plan psicofarmacológico y/o con espacios de individuales de psicoterapia (First, 2023). Sostiene Caycedo et. al (2011) que los factores de riesgo en este tipo de pacientes serán la franja etaria entre los 38 y 58 años, la falta de trabajo u ocupaciones, la existencia de ingresos anteriores a guardias especializadas en salud mentales o internaciones en las mismas, y, por último, que el paciente complete un plan psicofarmacológico en el momento actual o lo haya realizado anteriormente.

## 2.2 Planteamiento el Problema

En el presente, se conocen los beneficios positivos que tiene el trabajo interdisciplinario en el tratamiento que llevan a cabo pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG) en dispositivos institucionales públicos. Para D'Agostino (2016) existen dificultades en el trabajo de este tipo ya que existe una pluralidad muy extensa en relación a las corrientes teóricas que cada uno haya adaptado para su ejercer su labor profesional. En sintonía con esto, Oliva et al. (2023) sostienen que el tratamiento configurado por un equipo de trabajo interdisciplinario en instituciones públicas puede resultar muy positivo, pero también resaltan la existencia de dificultades en cuanto a la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas ya que muchas veces, cada uno de ellos posee una concepción distinta sobre ciertos conceptos dentro del ámbito de la salud mental y de la salud en general. Ahora bien, para Cárcamo Guzmán et al (2019), el trato ilegítimo y las interacciones que menoscaban y restringen las posibilidades de participación y derechos durante el tratamiento serán hallados como las mayores problemáticas a la hora de configurar el tratamiento para pacientes con trastornos mentales graves (TMG).

Por lo tanto, aparece el interrogante que se orienta a la comprensión de las ventajas y desventajas que posee el dispositivo institucional público en el tratamiento para pacientes que padezcan trastornos mentales graves (TMG) desde la perspectiva de profesionales vinculados con el ámbito de la salud mental y que, ejercen su labor profesional justamente en el ámbito público. Se realizó una investigación cualitativa fenomenológica, la cual está contextualizada dentro de la salud mental, por ende, ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del tratamiento para pacientes con trastornos mentales graves en dispositivos institucionales públicos desde la perspectiva de profesionales de la salud mental pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires?

## **2.3 Objetivos**

### **2.3.1 Objetivo General**

- Analizar las ventajas y desventajas del tratamiento para pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG) en dispositivos institucionales públicos de la ciudad de Buenos Aires desde la mirada de profesionales de la salud mental.

### **2.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar cuáles son los aspectos que obstaculizan la adherencia al tratamiento de pacientes que con trastornos mentales graves desde la mirada de los profesionales de la salud mental.
- Indagar acerca cuál es la percepción que tienen los profesionales de la salud mental respecto de la Ley Nacional de Salud Mental N ° 26.657.

## **2.4 Hipótesis y/o Supuestos Básicos de Investigación**

Según First (2022), el tratamiento para pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG) puede constar de una fase somática, caracterizada por el tratamiento psicofarmacológico y otra fase vinculada al espacio psicoterapéutico. Para la OMS (2001), la psicoeducación será un instrumento estratégico ideal en la conformación de un contexto más amigable para con las problemáticas vinculada al área de la salud mental (De la Cruz Varo et al., 2020). Además, es posible decir que la atención pública en dicha área se ha vuelto más integral, combinando los aspectos antes mencionados (Restrepo y Jaramillo, 2012). Por lo tanto, se infiere en el supuesto que las personas que padecen trastornos mentales graves (TMG) pueden ser mejor abordados de manera interdisciplinaria en dispositivos institucionales que cuenten con un tratamiento que englobe el uso de psicofármacos, el desarrollo de la psicoeducación y también la asistencia a espacios de psicoterapia. (Oliva et al., 2023).

### **3. Estado del Arte**

Conejo Cerón et al (2014) se plantearon como objetivo indagar las opiniones que tienen profesionales que desempeñan su labor en el ámbito público de la salud mental sobre la definición de los trastornos mentales graves (TGM), para ello, realizaron un estudio cualitativo de tipo descriptivo - exploratorio, en el cual a modo de muestra, se confeccionaron 5 grupos focales con profesionales relacionados con la atención a la salud mental del área de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (España). La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semidirigida y los criterios que se tuvieron en cuenta fueron sexo, profesión y años de experiencia. El único criterio de exclusión gira en torno a la experiencia del profesional quien debía contar con al menos un año desempeñando su labor profesional en el área clínica. Las dimensiones a explorar en esta investigación fueron las que contemplan: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y, por último, la discapacidad social, familiar y/o laboral de la persona afectada. A modo de resultado, se obtuvo una coincidencia certera con respecto a que se debe hallar cierto nivel de disfuncionalidad para considerar en los trastornos mentales graves (TMG) y también existió una marcada discrepancia en función de la profesión de cada uno de los entrevistados ya que incluían otras variables no mencionadas en la entrevista pero que, aun así, ellos consideraban importantes a la hora de referirse a los trastornos mentales graves (TMG).

En otra investigación, Cárcamo Guzmán et al (2019) analizaron la percepción que se tiene sobre la atención en salud mental de personas con trastornos mentales graves y las posibilidades de recuperación que ésta les brinda. Para ello, realizaron un estudio cualitativo descriptivo y transversal en la cual, los participantes fueron 16

personas con diagnóstico referente de trastorno bipolar y esquizofrenia, que son supervisadas en instituciones de salud mental públicas dependientes del estado de Chile. El método de recolección de datos se basó en la realización de entrevistas semi estructuradas donde se indagó en cuestiones vinculadas a 4 dimensiones: Atención en Salud Mental, Recuperación, Estigma y Buen Trato. A modo de conclusión, se arribó al dato que refiere que la recuperación se ve facilitada por un trato legítimo para con el otro, en el que priman aspectos como, por ejemplo, los afectivos y éticos. Y, por último, sostienen los autores que las problemáticas pueden ser halladas en interacciones que menoscaban y restringen las posibilidades de participación y derechos, generando la obstaculizando de la recuperación.

Por su parte, Velásquez y Carrión (2022) se propusieron analizar los niveles de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG). Para ello utilizaron una metodología basada en una revisión sistemática de artículos científicos en pacientes adultos (mayores a 17 años), publicados en un periodo de tiempo abarcativo desde 2015 hasta 2020, la búsqueda de esta información se extrajo en distintas bases de datos especializadas. El diseño que utilizaron los autores para realización de la investigación fue analítico, prospectivo, retrospectivo, transversal y aleatorizado. Se utilizaron dichos artículos para el inicio del análisis, más luego, se pasó a extraer la información importante para la obtención de respuestas para las preguntas de investigación. A modo de resultado, sobre una muestra de 5837 pacientes varones reportaron una falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico que varía desde el 7.7% hasta el 60.6%. Lo variable del porcentaje se puede explicar desde los factores que son pertinentes al paciente y que inciden en la adherencia al tratamiento, como lo son, la edad, la red de apoyo social o familiar con la que cuentan. En conclusión, el factor principal que señalan los autores

es la falta de capacidad de Insight por parte del paciente, este hecho será el más influyente en la falta de adherencia al tratamiento.

Asimismo, De La Cruz Varo et al. (2020) indagaron en un estudio de tipo cualitativo transversal, sobre la adherencia al tratamiento vinculado a la salud mental en pacientes que padecen trastornos mentales graves y que se encuentran internados en la institución con un seguimiento diario de su situación por parte de médicos psiquiatras y personal de enfermería especializados en el área de la salud mental. Para esto, se realizó una prueba que consistía en una autoevaluación del estado actual de salud por parte del usuario y luego de esta se procede a comparar los datos obtenidos con la escala Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Luego de la utilización de esta técnica, se plantearon examinar el nivel de cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes dependiendo del sexo y del diagnóstico que poseen cada uno de los mismo. Por último, los autores consideran pertinente revisar los distintos motivos que hacen que el paciente arribe al incumplimiento terapéutico del tratamiento, y determinaran si esto se debe al sexo de cada uno, la edad o si el diagnóstico que conllevan sobre su patología mental influye en el incumplimiento del mismo.

Para la realización del mencionado estudio, a modo de muestra, se tomaron 30 casos de pacientes que ingresaron a internación en el hospital de Sabadell o también conocido como Consorcio - Corporación Sanitaria del Parque Taulí de la Ciudad de Sabadell, Barcelona. La muestra seleccionada se basó en personas que ingresaron a internación hospitalaria entre diciembre 2018 y marzo 2019, los pacientes evaluados comprenden ambos sexos y los criterios de exclusión utilizados son básicamente que hayan ingresado al sector de internación y que cuenten con un cuidador que supervise el estado actual de la persona y la ingesta de psicofármacos correspondientes a su plan farmacológico. En cuanto a la conclusión final por parte de los autores es posible

referir, según los datos obtenidos, que el cumplimiento con el tratamiento es bajo por parte de la muestra dejando en claro que la percepción de los pacientes internados remite que ellos si cumplen con el tratamiento cuando en vistas de los profesionales supervisores esto no se da así. Además, otras de las conclusiones a las que arriba es que se debe aumentar la psicoeducación para con la persona que padece trastornos mentales graves (TMG).

En otro orden de análisis, Aguayo y García (2023) realizaron una revisión sistemática en la base de datos de al menos ocho portales web especializados en el manejo de información que se vincula a lo meramente científico y evaluaron la calidad de los estudios mediante una verificación realizada a través de *Down and Black Checklist*. Cabe destacar que en la revisión final se incluyeron 28 estudios. Los términos seleccionados para la búsqueda de información en esa área fueron tecnología digital, terapia computarizada y rehabilitación. A modo de resultados, se puede observar que la mayoría de los estudios pesquisados son sobre pacientes que padecen esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, descartando casi los trastornos de personalidad como es el caso del trastorno límite de la personalidad (TLP). Mas allá de esto, se destaca que estos casos han sido tratados desde la terapia asistida por computadoras, dispositivos móviles, videojuegos y también con el uso de la realidad virtual. Por último, concluyen los autores que, las nuevas tecnologías tienen un gran potencial en el mejoramiento del tratamiento para personas que sufren una patología mental severa, sin embargo, aclaran que se requiere de un mayor desarrollo en la calidad y cantidad de las cuestiones metodológicas para poder así, valorar de forma fiable la implementación y eficacia de dichas intervenciones.

Por otra parte, se halla lo estudiado por D'Agostino (2016) sobre el desarrollo de las actividades profesionales realizadas por psicólogas/os en el ámbito de las

instituciones públicas. Para la realización de esta investigación cualitativa, la autora utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semidirigida a psicólogas y psicólogos graduados de la universidad de La Plata durante el periodo comprendido desde 1966 hasta 1969 y que también, se desempeñaron en diferentes instituciones públicas de la ciudad de La Plata. Los resultados obtenidos marcaron que las instituciones en donde se insertaban los/as primeros/as graduados/as para desarrollar sus actividades laborales eran muy variados. Esto se debe a que se destaca en la institución pública la posibilidad de incorporar personal especializado de manera ad honorem y también a que existe una ausencia muy marcada del cargo formal del psicólogo en las mismas. Destaca la autora que, uno de los aspectos más destacados por los profesionales entrevistados fue el trabajo interdisciplinario ya que lo consideraban como un ejercicio completamente simple y natural. Por último, a modo de conclusión, D'Agostino (2016) refiere que a pesar de las limitaciones de la investigación es necesario resaltar la pluralidad de las perspectivas teóricas y tradicionales del lenguaje psi que existe en el presente ya que lo considera como algo inseparable de la producción de subjetividad construida en el encuentro con otras personas. Agrega que, la visión de la salud pública, los avatares sociales, políticos, económicos y estas perspectivas antes mencionadas son parte de la construcción del imaginario social que se tiene acerca de la posibilidad de acción que tiene el campo de la psicología en el ámbito de las instituciones públicas.

En otra investigación, Muñoz-García et al. (2023) realizan un análisis descriptivo de tipo transversal en el ámbito clínico. Para la realización de este estudio se seleccionó a modo de muestra total, 413 usuarios ingresados en la unidad de cuidados psiquiátricos prolongados (UCPP) del Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (CSJD), España, con un promedio de edad de 13 a 53 años y con altos

niveles de institucionalización. Cabe destacar que la codificación de las variables utilizadas en esta investigación fue ejecutada por personal de referencia (psicólogos y psiquiatras) quienes eran los encargados de asignar puntuaciones en dichas variables para más luego, codificarlas en una base de datos creada a efectos de este estudio. Estas variables seleccionadas serán la refractariedad a los tratamientos y la manifestación de conductas disruptivas, ambas valoradas durante el último año de ingreso.

Los resultados arrojados indicaron que, de los 413 casos, el diagnóstico más observado fue el de esquizofrenia residual. Por otro lado, se observó un número significativo de trastornos de la personalidad (35 casos). Para organizar los datos obtenidos se crearon cinco tipologías de usuarios que se agruparon en función de sus características más destacadas. A modo de conclusión los autores refieren que es de vital importancia la delimitación de perfiles clínicos en los usuarios ingresados al servicio de cuidados psiquiátricos prolongados (UCPP) y también destacan la relevancia que tiene el planteamiento de nuevas alternativas en los dispositivos de este tipo para que se adapten a lo cambiante de la realidad que posee el área de la salud mental.

Sobre el trabajo interdisciplinario en dispositivos institucionales públicos, Oliva et al. (2023) investigaron más precisamente, sobre cuáles son los beneficios y las dificultades presentes en el trabajo interdisciplinario. Para ello, utilizaron una metodología cualitativa de tipo interpretativa con un diseño de corte exploratorio-descriptivo, en el cual, se pudieron obtener datos precisos para la realización de este estudio mediante la elaboración de quince entrevistas a profesionales vinculados con ámbito de la psicología pertenecientes a la ciudad de Mar del Plata.

A modo de conclusión, los autores señalan que el trabajo interdisciplinario es muy valorado por quienes lo desempeñan ya que habilita espacios de expresión, escucha y contención en ambientes que muchas veces están marcados por la complejidad y la urgencia. Asimismo, también se encuentran dificultades en la comunicación ya que muchas veces, los profesionales que integran el equipo tienen distintas visiones sobre ciertos conceptos dentro del campo de la salud y también distintas concepciones sobre el modelo médico hegemónico, que todavía sigue siendo una prioridad en algunos profesionales vinculado con la salud mental y al ámbito de la salud en general.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1 Salud mental (SM):**

Con respecto a la definición del concepto de salud mental resulta necesario remitirse a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicho ente, plantea que será un concepto integral y esencial en el área de la salud. Será evaluado como un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es por esto, que se puede considerar a la salud mental como parte integral de la salud pública. Esto significa que la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si ésta fuera un campo aparte de la salud en general. “En general, sigue utilizándose el concepto de salud mental tanto para designar un estado, una dimensión de salud o un elemento esencial de la definición de la salud, como para hacer referencia al movimiento derivado del movimiento de higiene mental, correspondiente a la aplicación de la Psiquiatría a grupos, comunidades y sociedades, más que a individuos aislados, como en el caso de la Psiquiatría clínica. Sin embargo, lamentablemente, muchos siguen considerando, con bastante desacierto, la salud mental como una disciplina, ya sea como sinónimo de la Psiquiatría, o como uno de sus campos complementarios.” (Bertolote, 2008, p.115).

Según Falcone (1997) el enfoque en salud mental comenzó a difundirse en el periodo de posguerra en todo el mundo y esto trajo polémica ya que su difusión comenzó a cambiar algunas concepciones científicas e institucionales que se tenían del servicio psico asistencial. Desde un principio se propuso integrar las disciplinas

tradicionales que, con el tiempo, van logrando adquirir progresivo desarrollo profesional.

Carrazana (2003) sostiene que es importante hacer referencia en primer lugar al concepto de salud. Dicho termino viene del latín “Salus”, y es entendida como “El estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Davini et al., 1968). A partir de esta definición, la autora se refiere a la salud no solamente como la ausencia de enfermedad, sino que será el resultado de un proceso complejo, en el cual, interactúan factores de tipo biológico, económico, sociales, políticos y ambientales, conformando de esta manera el rasgo dinámico que caracteriza a este concepto.

En cuanto a la noción de salud mental, refiere la autora que ésta, durante mucho tiempo, se ha homologado a las enfermedades mentales ya que su planificación, propuestas y proyecciones empiezan y terminan cuando éstas remiten. Por otro lado, añade que la concepción de salud mental estará vinculada con la vida diaria de cada uno de las personas que integran una sociedad, haciendo particular hincapié en la manera en la que cada uno de ellos se relaciona entre sí y emprenden sus actividades generales en una comunidad. Dirá que, además, este término comprende la manera que cada uno tiene de armonizar sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores, teniendo en cuenta los requerimientos y obligaciones las cuales debe hacer frente (Carrazana, 2003).

Adicionalmente, se destaca lo postulado por Restrepo et al. (2012) ya que asoció el termino de salud mental a distintas concepciones como es el caso de la biomédica, conductual, socioeconómica y cognitiva de la salud mental. En primer lugar cuando se refiere a la mirada biomédica los autores describen que ésta estará asociada a la ausencia de enfermedad y que también se vinculará con los criterios

basados en el manual del diagnóstico DSM 5, con respecto a la concepción conductual, sostienen que, la salud mental se reduce a la adaptación que tenga el individuo al contexto y al sistema productivo, por otro lado, a modo de noción socioeconómica, los autores la alienan a los derechos que tiene una persona y al desarrollo humano de la misma, por último, como visión cognitiva, se destaca la capacidad que tendrá el sujeto para adaptarse de manera racional tanto a las demandas internas como externas del medio que lo rodea.

Esta pluralidad de concepciones, según los autores, no constituye un problema ya que apuntan a un factor integral que posee la salud mental. Se constituiría en un problema si se recae en reduccionismos, unificaciones u homogenizaciones ya que el ser humano tiene un costado epistemológico, profesional, social, etc. Si esto último se realiza, se podrían promover eclecticismos acríticos que diluyan la complejidad de los problemas relacionados con la salud mental. (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Para Macaya Sandoval (2018), existen distintas concepciones para comprender aún mejor el término de salud mental. Por un lado, existe una concepción vinculada a lo biomédico. Esta se define a partir de dos características importantes: la reducción a cuestiones meramente biológicas (como las reacciones químicas del cerebro) y la ausencia de enfermedad. Muchas veces se le da un excesivo protagonismo a esta última característica y se vuelve el eje principal de la concepción biomédica, es por eso que, en la práctica, se ocupan de relevar investigaciones sobre epidemiología o sobre tratamientos para trastornos mentales graves, pero no en la promoción de la salud. Otra concepción de la salud mental estará vinculada a lo conductual ya que el comportamiento de una persona es un factor a analizar siempre y cuando se tenga en cuenta el ambiente en el cual se desenvuelve. Se sostiene que la

conducta puede moldearse si se conocen las leyes que la rigen y también las condiciones ambientales que inciden en la misma. En tercer lugar, se ubica la concepción cognitiva del concepto de salud mental, el cual hace referencia a una intervención más de tipo instructiva o educativa cuyo objetivo será que los pacientes puedan rever sus creencias, pensamientos disfuncionales, o distorsiones cognitivas y que aprendan a discriminar cuando el contenido de esos pensamientos resulta positivo, válido o constructivo para ellos mismos y cuando resulta todo lo contrario con el fin de comportarse de una manera adaptativa. En cuarto lugar, estará la concepción socioeconómica que comprende al término de salud mental, la cual reconoce al desarrollo social y económico como fundamental para lograr un estado máximo de salud. Además de esto, postula a la prevención y promoción de salud como recursos indispensables y que estarán enmarcados por los derechos humanos. Por último, se destaca la concepción plural de la salud mental ya que esta, en el ámbito público, postula una necesaria revisión y crítica sobre ciertas conceptualizaciones y sobre los supuestos en los que se pueden basar dichas conceptualizaciones, por otro lado, se plantea el análisis de la lógica en el empleo de ciertas palabras como mental, salud, normalidad, etc. Y también las posiciones en las que se hayan los profesionales ante la relación entre la mente, el cuerpo y los métodos empleados para el estudio de fenómenos asociados al bienestar.

#### **4.2 Trastornos Mentales Graves (TGM):**

El concepto de trastornos mentales graves (TMG) nace del ámbito de la atención comunitaria en salud mental con el objetivo de superar aquella limitada perspectiva que pone al diagnóstico clínico como un factor determinante y más importante del tratamiento (Conejo Cerón et al., 2014). En este sentido, Goldman et al

(1981), fueron los primeros en remitir que los trastornos mentales graves deben ser comprendidos a través de tres dimensiones. En primer lugar, el diagnóstico, luego el nivel de discapacidad existente en la situación actual y, por último, la duración del tratamiento.

Posteriormente a esto, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) expuso su definición sobre los trastornos mentales graves (TMG), la cual fue considerada más representativa y generó un mayor alcance en el ámbito sanitario. Esta definición aportada por el NIMH, al igual que la anterior referida, se basa en las tres dimensiones que serán, el diagnóstico, el tratamiento y la duración de la enfermedad. En esta última dimensión también es posible incluir la presencia de discapacidad, entendiendo esto último como generador de una marcada limitación en las relaciones interpersonales, en el funcionamiento laboral, social y familiar.

Actualmente, el abordaje de los trastornos mentales graves (TMG) incorpora cuestiones psicosociales, cuestión no menor a destacar, ya que resulta de suma importancia involucrar en el tratamiento de un paciente con trastornos mentales graves a su familia y/o personas allegadas al paciente. Para poner en consideración del lector, se pueden ubicar a los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores como es el caso del trastorno bipolar, y los trastornos de personalidad como el límite o Borderline (TLP) serán algunos de los trastornos que ingresarán dentro de la categoría antes mencionada.

Cuando se trata del diagnóstico, los autores referirán que a menudo surgen etiquetas a partir de la elaboración del mismo, ya que, estos “estigmas” suelen ser acarreados por la persona con padecimiento psíquico durante toda su vida (Conejo Cerón et al., 2014). Los diagnósticos más frecuentes vinculados con los trastornos

mentales graves (TMG) son la esquizofrenia, caracterizada por alteraciones en el pensamiento, alucinaciones y una gran afectación en el funcionamiento de la persona, especialmente en las relaciones sociales. Otra psicopatología considerada grave es el trastorno bipolar, el cual se caracteriza por una marcada alteración del estado de ánimo en donde se observan claramente episodios de manía muy altos, pero también se encuentran los depresivos. Por último, en la categoría de trastornos mentales graves (TMG) se pueden incluir los trastornos de personalidad como por ejemplo el trastorno límite de la personalidad (TLP) en el cual la característica principal será la desregulación emocional (First, 2023). Zimmerman (1994) plantea una controversia marcada con respecto a los trastornos de personalidad ya que poseen una baja especificidad, también una baja consistencia para identificarlos y esas características dificultan la elaboración del diagnóstico.

Otro concepto que permite comprender de una forma más clara los trastornos mentales graves (TMG) es el de temporalidad la cual en un gran porcentaje de casos resultan de larga duración. Es por eso que los tratamientos para pacientes con diagnósticos que remitan enfermedades mentales graves suelen ser combinados o considerados multidisciplinarios ya que suelen ser seguidos por médicos psiquiátricos, quienes administran los planes psicofarmacológicos pertinentes a cada paciente, y también por psicólogos quienes permiten muchas veces la expresión del estado actual de la persona con respecto a las enfermedades que sufren y como ésta impacta en sus cotidianidad, el tratamiento psicofarmacológico y todas las cuestiones que se vinculan con el área social del enfermo mental grave como por ejemplo sus relaciones familiares, laborales (en el caso que ejerza un trabajo) y también los pensamientos personales que quiera comentar en el espacio psicoterapéutico (Silva et al., 2005). Por

último, otro concepto vinculado al entendimiento de los trastornos mentales graves (TMG) será el de presencia de discapacidad (NIMH, 1987).

Para el NIMH (1987), la presencia de discapacidad se determinaba mediante ocho criterios, pero, posteriormente, éstos fueron reemplazados por puntuaciones que indicaban lo grave o moderado de la afectación en el funcionamiento laboral, social y familiar, analizando también, la capacidad de autonomía que posea el paciente con patología mental grave.

Por otro lado, Conejo Cerón et al. (2014), se propusieron arribar a la definición de trastornos mentales graves (TMG) desde la mirada de profesionales que participan en distintas áreas vinculadas con la salud mental, todos ellos pertenecientes al ámbito de la salud mental. Los autores sostienen que a lo largo del tiempo han surgido controversias con respecto a la definición de este término, para ellos, la definición de trastorno mentales graves (TMG) no solo se debe limitar a la duración prolongada que conlleva la presencia de tales psicopatologías y tampoco a la disfunción social como consecuencia de los síntomas de la psicopatología severa que presenta el paciente. En este sentido, definen a los trastornos mentales graves (TMG) como un concepto que une distintos factores como lo es el diagnóstico, el nivel disfuncionalidad que presente el paciente, la determinación del tiempo en el que se prolongará el tratamiento para este tipo de enfermedades mentales y también sobre que dispositivos se podrán en ejercicio para la posterior rehabilitación del paciente. Por último, destacan la presencia de una red de apoyo familiar o social que pueda contener a quien padece trastornos mentales graves (TMG). Es por eso que se puede considerar este concepto como un término multifactorial (Conejo Cerón et al., 2014).

### **4.3 Tratamiento para Trastornos Mentales Graves (TMG)**

En cuanto al tratamiento de los trastornos mentales graves (TMG) para First (2022) se han logrado avances significativos con respecto al abordaje de este tipo de trastornos denominados severos. Sostiene que hoy en día, es posible tratar muchos trastornos psiquiátricos con tanto éxito casi como el alcanzado en el tratamiento de los trastornos físicos.

Para entender aún más sobre el tratamiento en trastornos mentales graves (TMG) existen dos grandes grupos en los cuales, por un lado, se ubica el tratamiento somático, en donde se incluye la ingesta de psicofármacos y las distintas maneras de estimulación cerebral como la estimulación magnética craneal o la del nervio vago, por el otro, el que se relaciona con las cuestiones psicoterapéuticas. Este último, caracterizado por la inclusión de la psicoterapia que puede ser de tipo individual, grupal o familiar. Además de vincularse con el desarrollo de técnicas conductuales como puede ser el caso de las técnicas de relajación o de exposición. Un dato no menor, incluido por el autor, es que en relación a los trastornos mentales graves (TMG), estos no solo serán supervisados por el médico psiquiatra, quien administra las dosis y qué tipo de psicofármaco son pertinentes para cada tratamiento según el tipo de psicopatología mental severa, sino que existe la presencia de un seguimiento interdisciplinario en el cual se puede observar la presencia de psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica y trabajadores sociales (First, 2022).

Belloso (2012) realiza una inferencia en la que involucra también a la familia y realiza intervenciones en ese grupo social al cual pertenece el paciente. Dirá que los pacientes que tienen una exitosa expresión de sus sentimientos con respecto a su pareja o familia tienen cinco menos posibilidades de recaída con respecto a quien no ejerza este tipo de técnicas vinculada a la expresión de emociones.

A su vez, Miklowitz y Goldstein (1997) plantearon un programa de tratamiento conocido como FFT (Family-Focused Treatment) el cual consta de 21 sesiones repartidas en 9 meses donde se apunta a desarrollar la psicoeducación con respecto a los síntomas, diagnóstico, causas y pronóstico que tiene un paciente que padece trastornos mentales graves y también se centra en el entrenamiento de habilidades que arriban a una mejor comunicación con su entorno y al entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

La Clínica Mayo (2022) también se expresará ante la temática que trata los tipos de tratamiento para trastornos mentales graves (TMG) y sostiene que el mismo debe constar de la atención primaria de un médico clínico o de cabecera, debido a que muchas veces la situación actual de la persona que sufre este tipo de padecimientos psicopatológicos es incontrolable y son los médicos de atención primaria quienes reciben a este tipo de pacientes, además de esto, resalta la presencia de los enfermeros especializados en salud mental y también de los asistentes del mismo. Por último, y no menos importante, hace referencia a la presencia y contención de los integrantes del ámbito familiar del paciente.

First (2022) postula los distintos tipos de tratamiento que existen para la realización de un adecuado seguimiento que será de manera interdisciplinario. Los tipos de tratamiento serán:

1) Tratamiento farmacológico: Serán los médicos psiquiatras quienes, por ley, puedan prescribir psicofármacos a los pacientes. Se resalta la alta eficacia que mantienen los fármacos psicoactivos. Además de esto, se los puede clasificar en antidepresivos (como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, etc.),

antipsicóticos (haloperidol, olanzapina, quetiapina, risperidona, etc.) y ansiolíticos (clonazepam, Lorazepam y diazepam).

2) Psicoterapia: En este apartado el autor refiere que existen cinco tipos de terapias para el tratamiento de los trastornos mentales graves (siempre el en marco de un seguimiento interdisciplinario junto con personal idóneo de cada una de las disciplinas que realizan el mismo.). Los tipos de terapias serán: Terapia cognitiva - conductual, Terapia interpersonal, Psicoanálisis, Psicoterapia psicodinámica y Psicoterapia de apoyo.

González (2022) concluye que, muchas veces en el servicio asistencial de salud mental y sanidad no se le brinda información específica al paciente sobre cómo actuar o hacia donde orientarse una vez que se inicia un tratamiento o también cuando se finaliza. Detalla la autora, que estas situaciones suelen darse a menudo debido a diferentes factores como lo puede ser la excesiva demanda que muchas veces satura a los profesionales y también acorta los tiempos de seguimiento individual de cada paciente, la falta de recursos especializados (sobre todo en salud mental), y que muchas veces los profesionales se ciñen al tratamiento psicofarmacológico y desestiman el trabajo terapéutico que es fundamental en la psicoeducación del paciente, en la futura rehabilitación y también en la prevención de recaídas. Para que esto no ocurra, se plantea trabajar y conocer los distintos factores que intervienen en el estado actual del paciente para que no lleguen a interferir el tratamiento en el corto – mediano plazo. Por último, es importante destacar la presencia del trabajo social y de las intervenciones que ofrece ya que, en espacios de contención psicosocial, los pacientes tienen la posibilidad de realizar una terapéutica en la cual pueden compartir experiencias, crear redes de apoyo y contención, y que, en definitiva, puedan aprender

a manejar su diagnóstico, y mejorar su autonomía ya que en un futuro serán valores que podrán utilizar para prevenir recaídas.

#### **4.4 Adherencia al tratamiento:**

Según indica García Quesada (2020) la adherencia terapéutica se centra en el comportamiento del paciente hacia el tratamiento. La organización mundial de la salud se refiere a este tema como el grado en que la conducta del individuo con respecto a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el o los profesionales que realizan un seguimiento de su estado situación con respecto a la psicopatología mental (OMS, 1994).

Silva et al (2005) comprende que el fenómeno de los trastornos mentales graves requiere de un seguimiento multidisciplinar que integre tanto al paciente, al médico/terapeuta y también al sistema de salud. Sostienen Osterberg y Blaschke (2005) que la adherencia al tratamiento en el área de la salud mental suele ser variable ya que depende de la psicopatología que presente el paciente. A pesar de esto, la falta de adherencia al tratamiento sigue siendo uno de los principales obstáculos en lo que respecta al área de la salud mental.

Colom y Vieta (2004), infieren sobre este concepto y le dan importancia a la psicoeducación. Dirán que ésta influye de manera positiva a la hora de establecer una correcta relación entre profesional y el paciente, ya que genera un vínculo en donde predomina la confianza y, recalcan los autores, que esto a la hora de solicitar apoyo es fundamental ya sea en situaciones complejas del tratamiento como pueden ser recaídas o también influir de manera directa en la adherencia al mismo. En búsqueda de mejorar y garantizar la adherencia al tratamiento, las intervenciones que van a

realizarse deben ser discutidas con el paciente ya que de ese modo se pueden considerar sus puntos de vista sobre la situación actual, de esa manera aumenta la implicancia que tendrá éste durante el tratamiento.

Reyes-Flores et al. (2016) realizan una serie de recomendaciones a tener en cuenta sobre la participación del paciente en la elaboración de su propio tratamiento terapéutico y que éste sea eficaz. En primer lugar, se refieren a indagar sobre si la falta de adherencia al tratamiento es intencionada o no, luego se destaca la realización de intervenciones que giren en torno a problemas específicos que dificulten la misma, además, sostienen que se debe hablar con el paciente sobre la aparición de efectos positivos durante el desarrollo del tratamiento y si surgen efectos negativos, mostrarle al paciente que se puede actuar sobre ellos. Por último, los autores refieren que se debe establecer una relación empática entre el profesional y el paciente.

Según González et al. (2005), existe una variedad de autores que definen la adherencia al tratamiento como el grado en que la conducta de la persona con psicopatología severa, coincide con las recomendaciones que dicta el o los profesionales a cargo, con relación al tratamiento prescrito y los hábitos que conlleva para su realización.

Díaz (2014), realiza una interesante descripción de los efectos que trae el incumplimiento del tratamiento y sostiene que éstos repercuten de manera negativa en los ámbitos clínicos, psicológicos, sociales y económicos de la persona que requiere de este tipo de tratamiento para trastornos mentales graves que, casi en la totalidad de los casos, son de larga duración. La no adherencia al tratamiento implica, según el autor, cambios repentinos en la planificación del o los profesionales, hospitalizaciones recurrentes, aumento de supervisiones del paciente, deterioro de la salud en general,

surgimiento de problemas emocionales y económicos ya que el nivel de productividad tiende a bajar, y aquí puede surgir la pérdida del empleo, de la independencia económica, etc., y, por último, se observa como principal factor ante el incumplimiento del tratamiento, una clara falta de consciencia de la enfermedad que padecen seguido a esto, también se incluyen como factores principales, la falta de apoyo familiar y social como también el consumo de sustancias tóxicas.

Sostienen Gearing y Mian (2005), que la adherencia al tratamiento ha sido analizada desde distintos modelos explicativos. A continuación, se detallan los mismos: en primer lugar, se puede ubicar el *Modelo Biomédico*; el cual se encarga de buscar indicadores biológicos o médicos que de alguna manera alienten la adherencia al tratamiento. Todo aquel indicador de bienestar a partir de la consolidación de un tratamiento multidisciplinario será comunicado al paciente y utilizado para seguir conduciendo al mismo hacia ese estado a través del tratamiento. Por otro lado, en segundo lugar, se puede ubicar el *Modelo Conductual/Social* que básicamente apunta a que el paciente establezca el cumplimiento del tratamiento como una conducta aprendida. Luego, en tercer lugar, se destaca el *Modelo comunicacional* que hace referencia a la poca o nula comunicación entre paciente y médico como un factor determinante en la falta de adherencia al tratamiento. Y, por último, en el cuarto lugar se puede situar el *Modelo racional de creencias* que consiste en confrontar las creencias que tiene el paciente sobre el ámbito sanitario, de esta forma, el paciente puede realizar un balance sobre de los riesgos y beneficios del tratamiento llegando a mejorar su adherencia.

Cabe destacar que, en un estudio, Báez et al. afirman que, si se maneja la adherencia al tratamiento de manera multidisciplinar, es decir, desde varias perspectivas y con la participación de varios profesionales, se influye de manera

positiva en la calidad de vida de los pacientes y este hecho, de personalizar un proceso de rehabilitación, se convierte en una herramienta para la creación de la adherencia (Rojas, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que la adherencia al tratamiento estará determinada por varios factores. Uno de los principales será el factor socioeconómico, relacionado con la capacidad de acceso a atención médica de calidad, la enfermedad del paciente en sí, el tratamiento y con la autonomía del paciente. Todo esto puede influir de manera positiva en el paciente volviéndose herramientas con las que los profesionales de la salud mental pueden apoyarse para la adherencia, pero sin embargo si actúan en contra, se convertirán en factores desfavorables.

#### **4.5 Factores de riesgo en salud mental:**

Sostiene Caycedo et al. (2011) que las enfermedades mentales tanto como las meramente orgánicas poseen factores de riesgo que pueden reducirse y/o prevenirse. Es por eso que la comprensión de los mismos permite la configuración de estrategias con el fin de promocionar la salud mental y prevenir enfermedades. Para detectar factores de riesgo es importante dividir este concepto y analizar los diferentes tipos de riesgos que pueden darse a lo largo del tratamiento con pacientes que padecen enfermedades mentales graves, estos tipos de riesgo será en primer lugar el individual, el cual se vincula con las probabilidades que tiene una persona de contraer enfermedades mentales estando en un momento y lugar determinado. Tiene que ver con las condiciones epidemiológicas a las cuales están expuestas ya sea una persona, un grupo o una población determinada. En segundo lugar, se pueden observar factores de riesgo vinculados al riesgo relativo, los cuales serán caracterizados por la

periodicidad de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en las personas que no resultan expuestas. Por último, se identifica el riesgo atribuible que formará parte del riesgo individual y solo se podrá analizar desde el factor de riesgo estudiado y no con otros.

A continuación, se detallan los principales factores de riesgo presentes en pacientes con diagnósticos patológicos alusivos a los trastornos mentales severos:

En primer lugar, se ubica la predisposición biológica ya que todas las enfermedades mentales graves tienen un componente genético y también ambiental. Luego, en segundo lugar, se puede ubicar las condiciones de vida adversas, esto se puede atribuir a vivencias traumáticas como secuestros, los traumas por actos terroristas, el mal trato, los abusos y también los abandonos. Además de esto, se puede agregar las malas o pobres condiciones socioeconómicas con las que cuenta el paciente que padecen enfermedades mentales graves. El tercer factor de riesgo a tener en cuenta son los estresores familiares debido a que una familia disfuncional o caótica puede impactar fuertemente en el desarrollo y mantención de una psicopatología severa, por el contrario, tener una buena red contención y apoyo en el ambiente familiar es de suma importancia para la persona afectada. En cuarto lugar, se ubican los estresores psicosociales, los cuales van a ser todas aquellas vivencias negativas como por ejemplo la muerte de seres queridos, la detección de una enfermedad orgánica, o la pérdida paulatina de autonomía e independencia, van a ser hechos que generan una sobrecarga emocional de la cual se obtiene una alteración marcada en el funcionamiento del ser humano. Se pueden incluir los estresores laborales como factor de riesgo ya que la sobrecarga de trabajo, o las situaciones de abuso o acoso laboral pueden ser claves en la prevalencia de las enfermedades mentales severas y también los factores de riesgo medioambientales y sociales debido a que la

marginalidad y la exclusión social muchas veces impactan en el desarrollo del trastorno.

Otro factor de riesgo a tener en cuenta son las adicciones como es el caso del tabaquismo, alcoholismo, el consumo de drogas alucinógenas u opiáceas. Estos acontecimientos sin dudas que serán evaluados con de alto riesgo ya que, entre otros, no se puede entablar un tratamiento psicofarmacológico con una persona que bebe alcohol. Ni tampoco se puede llevar a cabo un tratamiento serio con personas que entregadas por completo a la drogodependencia. Por último, se puede ubicar a la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico como factor de riesgo ya que denota una importante falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente, este hecho indica una alta probabilidad de recaídas particularmente en personas con enfermedades mentales severas.

Para el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), establecido en Estados Unidos durante la década de 1940, existen distintos factores que pueden ser considerados de riesgo. En principio se refieren a los factores biológicos haciendo referencia al componente genético que caracteriza a cada uno de los pacientes y también alude a las cuestiones vinculadas a la neurofisiología que determina a los mismos. Otros factores a tener en cuenta serán las vivencias traumáticas, los antecedentes de familiares que hayan tenido diagnósticos que remitan trastornos mentales graves (TMG) y, por último, el estilo de vida que lleve a cabo el paciente, en este factor se pueden incluir desde dietas, practica de actividad física hasta consumo de sustancias como drogas, tabaco o alcohol como se mencionó anteriormente.

A modo de descripción, el NIMH refiere determinadas conductas a tener en cuenta para determinar riesgo en el tratamiento que realiza un paciente con trastornos

mentales graves (TMG). Estas conductas giran en torno al aislamiento tanto con las demás personas como con las actividades que le gustan realizar, además, describe rigidez e inflexibilidad en cuanto a las ideas, pensamientos o cogniciones. Otros comportamientos a tener en cuenta serán los cambios bruscos en los hábitos de vida como los alimenticios, sentirse vacío o presentar anhedonia, pensar en hacerse daño a sí mismo o a terceros, tener cambios de humor bruscos que generen disruptividad en las relaciones interpersonales, escuchar voces o creer cosas que no son ciertas y presentar irreductibilidad ante dichas cuestiones, por último, no poder realizar tareas cotidianas como ir a buscar a sus hijos al colegio.

Asimismo, González et al. (2005), destacan factores que pueden poner en riesgo el cumplimiento del tratamiento trayendo como resultado el abandono del mismo. Dichos factores son, la falta de consciencia de enfermedad por parte del paciente, la edad que posea el mismo ya que muchas veces puede tomarse como un justificativo ante la irresponsabilidad en el cumplimiento de determinado tratamiento, otro factor puede vincularse al nivel educativo, de formación e instrucción de la persona ya que podrá determinar el nivel de comprensión de los pasos a seguir a lo largo de un tratamiento, así como también el resultado que puede obtener si no lo cumple tal cual el profesional se lo indica. La desconfianza, es otro factor de riesgo a tener en cuenta cuando se configura un tratamiento ya que puede generarse para con el profesional tanto como con el tratamiento es por eso que resulta de gran importancia que se cree un ambiente de confianza entre el médico o terapeuta y el paciente. Es importante poner en claro cuáles son las creencias que tiene la persona que acude por un tratamiento ya que la mismas conducirán la adherencia al tratamiento o no, además, es de relevancia indagar la personalidad que tiene el paciente ya que se podrá determinar la capacidad de autonomía e independencia y de

esta manera saber si puede seguir el tratamiento de manera correcta o si esto justamente es un factor de riesgo a tener en cuenta en el incorrecto seguimiento del tratamiento o directamente en el abandono del mismo. Por último, se puede ubicar al mejoramiento del sufrimiento en el paciente ya que esto puede hacer que el mismo decida abandonar el tratamiento debido a que concibe la idea de que está mejor o que ya no necesita del seguimiento o supervisión médica/terapéutica.

#### **4.6 Abordaje de la Salud Mental en dispositivos Institucionales Públicos:**

Si se arriba a lo planteado por Campodónico (2019), quien marca que la salud mental de carácter pública forma parte de una amplia red de políticas, se podrá observar que fue el autor antes mencionado quien habló de una severa redefinición que muchas de esta política deberían sufrir ya que dependen del Estado. El proceso de conformación del abordaje de la salud mental en el ámbito público tuvo un periodo en el cual predominó el modelo asilar-manicomial hasta llegar, hoy en día, a importantes cambios que se desarrollan en el área de la salud mental. Dichos cambios estarán relacionados más bien con un cambio de paradigma y este hace referencia al de los derechos humanos. Las críticas que sufrió el modelo asilar-manicomial y la fervorosa generación de propuestas asistenciales distintas a ésta trajeron como resultado este cambio paradigmático que se sitúa en los comienzos de los años cincuenta del siglo XX en nuestro país. Otro hecho que marco este cambio fue el sufrido en las políticas sociales ya que se empezó a hacer especial énfasis en las limitaciones de conflictos sociales y a promover márgenes mucho más amplios vinculados a la promoción del bienestar.

Para Foucault (1967), en una sociedad donde se espera que quienes la habiten sean sujetos racionales, que tomen decisiones en función de su máximo beneficio y en

favor del desarrollo armónico de las competencias mercantilistas, quienes no pudieran estar al servicio de estas premisas serian tildados de “Locos” y para ellos resultado necesario, en su momento, privarlos de la libertad. Aquí es donde se comienzan a crear espacios materiales y simbólicos para alojar a estas personas. Sobre el cambio que sufrieron estas concepciones resulta interesante remitirse a lo dicho por Galende (1990) quien sostiene que las practicas terapéuticas cambiaron a partir de la medicalización de la relación asistencial, esto significa que se pasó de lo que eran encierros compulsivos a lo que conocemos hoy como tratamientos más integrales supervisados por distintos profesionales del área de la salud mental y salud publica en general.

#### **4.7 Marco Normativo:**

En el territorio argentino, desde 2010, está vigente la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 es por eso que, reúne pertinencia realizar un desglose de los apartados más sobresalientes de esta normativa que aun continua vigente y que reglamenta, define y delimita los conceptos como es el caso de la Salud Mental, la Salud Pública, así como también, los criterios para la atención de las Urgencias en Salud Mental.

##### **4.7.1 Ley Nacional de Salud mental**

Sancionada el 25 de noviembre de 2010 por el honorable Congreso de la Nación Argentina, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada el 25 de mayo de 2013, la Ley Nacional de Salud Mental reconoce este último concepto como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de

toda persona”. En este sentido la ley, en su capítulo I, artículo n°1, detalla “Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”.

Siguiendo esta lógica, la ley plantea en su capítulo II artículo n°5, que “La existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad. Sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.”

En el capítulo IV, detalla todos los derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos se ubican el derecho a recibir una atención sanitaria, social integral y humanizada, con acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones, a recibir una atención basada en fundamentos científicos y éticos, a recibir la alternativa terapéutica y el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo, la integración comunitaria, familiar y laboral. A su vez, el derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento y a, que, en caso de internación, ya sea voluntaria o involuntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.

Si se hace referencia al capítulo VII se podrá encontrar información vinculada a las internaciones desde el artículo 14 hasta el 29. En el Capítulo VIII de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 se detalla que “tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.” Mientras que en el capítulo IX se describe lo siguiente “La Autoridad de

Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental.”. Por último, en el capítulo X, más específicamente en los artículos 38, 39 y 40 de la ley, se hace referencia al accionar del Órgano de Revisión.

## **5. Método**

### **5.1 Diseño**

El diseño de la investigación es de tipo cualitativo fenomenológico, ya que se focaliza en comprender fenómenos desde la perspectiva de cada uno de los participantes (Hernández-Sampieri & Mendoza 2018). Para iniciar dicho proceso, se realizaron entrevistas con profesionales del ámbito de la salud mental con el objetivo de explorar acerca del tratamiento para pacientes con trastornos mentales graves (TMG) en dispositivos institucionales públicos.

### **5.2 Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 12 profesionales de la salud mental, entre ellos, médicos psiquiatras y psicólogos que desempeñen o hayan desempeñado su labor con pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG) en dispositivos institucionales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se seleccionó, a modo de criterio de inclusión personal profesional que cuente una estancia mínima de al menos 1 año en el área y en los dispositivos asistenciales antes mencionados. A modo de criterio de exclusión se apartaron profesionales de otras áreas vinculadas a la salud mental tales como enfermería, enfermería psiquiátrica, terapistas ocupacionales o trabajadores sociales.

### **5.3 Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semidirigida que se administró a cada uno de los profesionales vinculados con área de la salud mental. Dichas entrevistas fueron concedidas de manera auténtica y durante las mismas se vivenció un clima flexible, ameno y abierto que permitió un intercambio de

información fluido. Al tratarse de una entrevista semidirigida, el comienzo de la misma se apuntó, con preguntas abiertas, a que el profesional tenga libertad para expresarse sobre los temas propuestos para luego puntualizar sobre otras temáticas con preguntas de contraste o estructurales. Durante la realización de las entrevistas se instó por parte del entrevistador a no condicionar la respuesta del entrevistado, logrando de esta manera, objetividad en el abordaje de las temáticas tratadas. Por último, el diseño del cuestionario fue comprendido a través de cuatro dimensiones que engloban los distintos temas a analizar. La primera se basa en el tratamiento que reciben los pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG), la segunda dimensión hace referencia a las ventajas y desventajas que presentan los dispositivos institucionales públicos en el tratamiento que realiza un paciente con diagnóstico que refiere trastornos mentales graves (TMG). En tercer lugar, se indaga acerca los aspectos favorables y no favorables que presenta la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y, por último, en cuarto lugar y a modo de aportes, se indaga también, sobre eventuales cambios que podría sufrir esta ley.

A continuación, se presenta los datos sociodemográficos y la lista de preguntas, dividida en las dimensiones antes mencionadas, que conforman la entrevista:

Datos sociodemográficos:

- Género Auto percibido:
- Profesión:
- Institución/es en la egresó:
- Año de egreso:
- ¿Cuántos años de experiencia clínica lleva ejerciendo su profesión?
- ¿En la actualidad en que institución/es trabaja?
- ¿A qué tipo de pacientes asiste?

Tratamiento que reciben los pacientes que padecen trastornos mentales graves

(TMG):

1. ¿Cuáles son a su criterio los indicadores a tener en cuenta para hablar de un paciente con diagnóstico que remita enfermedades mentales graves?
2. ¿Qué criterios evalúa como pertinentes para supervisar un caso clínico?
3. ¿Qué indicadores considera usted como de riesgo en pacientes con enfermedades mentales graves?
4. ¿Qué dispositivos conforman el tratamiento del paciente con psicopatología grave?
5. ¿Qué factores intervienen en la adherencia al tratamiento?

Ventajas y desventajas que presentan los dispositivos institucionales públicos:

6. ¿Cuáles son las ventajas de un dispositivo público en el tratamiento que realiza un paciente con enfermedades mentales graves?
7. ¿Cuáles son las desventajas de un dispositivo institucional público en el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales graves?

Sobre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657:

8. ¿Con qué aspectos de la Ley Nacional de Salud Mental N ° 26.657 se siente identificado?
9. ¿Qué aspectos de la Ley Nacional de Salud Mental N ° 26.657 considera como negativos?

Aportes:

10. ¿Qué opina usted respecto de eventuales cambios que pueda sufrir la Ley de Salud Mental N°26.657? ¿Cuáles serían a su criterio los más pertinentes?

#### **5.4 Procedimiento**

La administración de las entrevistas se llevó a cabo en las instituciones donde desarrollan sus actividades los profesionales. Solo una entrevista fue concedida de manera virtual. Ésta fue mediante la plataforma de videollamada Zoom. La duración que tuvieron las mismas, en promedio fue de 45 minutos. El paso previo a las entrevistas giró en torno a la explicación del marco normativo en el cual se iba a desarrollar la misma, la existencia del consentimiento informado, también sobre la fecha en la cual se llevará a cabo la misma, los objetivos del estudio, la metodología utilizada, las dimensiones o temáticas a analizar y la importancia de la misma.

Las modificaciones realizadas en el cuestionario y la adición de una última pregunta fueron respondidas vía WhatsApp por los profesionales que no lograron contestar en el encuentro inicial. Por último, se recalcaron cuestiones vinculadas a la confidencialidad en la entrevista y se brindaron los datos del investigador responsable de la investigación (Losada, 2014).

## 6. Resultados

En la **Tabla 1** se visualizan los datos sociodemográficos de los profesionales que han participado de las entrevistas para la presente investigación. La misma contiene información sobre el género auto percibido, rango etario, profesión y experiencia profesional en el ámbito de la salud mental.

<i>Tabla 1 - Conformación de la Muestra</i>				
<b>Participante</b>	<b>Genero auto percibido</b>	<b>Rango etario</b>	<b>Profesión</b>	<b>Experiencia</b>
Profesional 1	Mujer	40 - 45	Psicóloga	14 años
Profesional 2	Hombre	45 -50	Psicólogo	23 años
Profesional 3	Hombre	40 - 45	Med. Psiquiatra	3 años
Profesional 4	Hombre	50 - 55	Med. Psiquiatra	19 años
Profesional 5	Hombre	55 - 60	Psicólogo	22 años
Profesional 6	Hombre	60-65	Med. Psiquiatra	25 años
Profesional 7	Hombre	60-65	Med. Psiquiatra	20 años
Profesional 8	Mujer	55-60	Psicóloga	40 años
Profesional 9	Mujer	60-65	Med. Psiquiatra	30 años
Profesional 10	Hombre	55-60	Psicólogo	28 años
Profesional 11	Mujer	35-40	Med Psiquiatra	6 años
Profesional 12	Mujer	35-40	Med Psiquiatra	7 años

A continuación, se exhibe el **Gráfico 1**, las categorías que han sido mencionadas previamente en el apartado “*Técnica de recolección de datos*”.



## Tabla 2

La **Tabla 2** indaga sobre factores que inciden en el tratamiento que llevan a cabo pacientes que padecen trastornos mentales graves (TMG). A continuación, se expone la gráfica de la **Tabla 2** con las respuestas obtenidas por los participantes.

El Tratamiento	
Categorías	Respuestas
<b>Indicadores que remitan diagnóstico de TMG</b>	<p>“Cuando el paciente percibe su entorno e interactúa con el de forma persecutoria.”; “La falta de aseo y de colaboración en el tratamiento tanto psicoterapéutico como psiquiátrico/psicofarmacológico.”; “Desde de la clínica psicoanalítica, no creo en la inclusión del término gravedad para los trastornos mentales, existen momentos de fuerte angustia y padecimiento en neuróticos tanto como psicóticos.”; “Los indicadores son inherentes a cada patología pero que el paciente sufra manifestaciones que le generen dificultades en su desenvolvimiento cotidiano ya resulta un indicador muy relevante”; “Los indicadores a destacar pueden ser una alta impulsividad, un alto nivel del ansiedad, otro puede ser la imposibilidad de la realización de un seguimiento ambulatorio por el estado actual de la persona y que esto requiera de internación por ejemplo”; “Lo más relevante es cuando la conducta de la persona resulta ser de riesgo para sí mismo o para terceros. Otro indicador a tener en cuenta es la fragilidad que se genera en el lazo que establece la persona con la realidad.”; “La alteración en las relaciones interpersonales y sociales es un indicador claro de enfermedad mental grave”; “Pérdida de la autonomía y los valores preventivos serán los indicadores más claros según mi consideración”; “Existen distintos indicadores que varían según la patología, pero lo que más está presente es el sufrimiento y/o desesperación”; “Los indicadores son, presencia de fenómenos alucinatorios, ideación delirante, impulsividad con pasaje al acto con riesgo cierto para terceros y uno mismo, ideación autoagresiva”; “Presencia de alucinaciones, delirios, fenómenos sensoperceptivos,</p>

	<p><i>conductas hetero o auto agresivas y por último el abuso en la ingesta de sustancias toxicológicas”; “Para tener en cuenta si un paciente tiene un trastorno mental grave nos tenemos que fijar en la conducta, si ésta puede o no afectar a terceros o al mismo paciente”; “Los indicadores a tener en cuenta para poder hablar de un paciente con ese tipo de diagnóstico son la presencia de delirios, alucinaciones, excitación psicomotriz”.</i></p>
<p><b>Crterios pertinentes para supervisar un caso clínico</b></p>	<p><i>“Lo que tomo en cuenta a la hora de supervisar un caso es cuando algo de lo que me dice el paciente me deja dudando o también cuando hago una intervención que no me deja del todo segura”; “Muchas veces superviso casos cuando existen distintas cuestiones de las cuales no tengo un norte claro como puede ser en el caso del diagnóstico”; “La disposición del paciente muchas veces es un tema a supervisar, la actitud del mismo frente a los lineamientos del tratamiento”; “Como profesional utilizo la supervisión de casos para reflexionar sobre mis intervenciones como terapeuta pero también la suelo utilizar cuando existen cuestiones en lo discursivo del paciente que me desorientan y ahí es donde intento marcar un rumbo en cuanto a las intervenciones”; “Yo superviso habitualmente, es como un hábito para mí, no tengo un criterio específico, considero que es un acto enriquecedor para la labor del terapeuta. Esto, sin dudas, me ayuda a ver los casos clínicos futuros de otra manera”; “Actualmente no tengo un criterio específico para supervisar, superviso todos los pacientes que veo”; “Superviso casos graves como son los pacientes que tienen un diagnóstico de trastorno mental grave de larga data y lo realizo con un grupo especializado en la materia hace años”; “En principio superviso que es lo que acontece con la persona que se está tratando, que es lo que está pasando con ese sujeto y cuál es el vínculo que se establece entre terapeuta y paciente”; “Dudas respecto al diagnóstico y al enfoque psicoterapéutico o abordaje del paciente”; “Dudas diagnosticas, sobre todo cuando se trabaja en equipo y hay que unificar criterios, cuando surge eso pueden existir dudas que suelen ser supervisadas.”; “Yo superviso los casos en donde la red de contención ya sea social o familiar es inexistente o conflictiva para con el normal desarrollo del tratamiento para con el paciente”; “Por lo</i></p>

	<p><i>general superviso los casos en donde existe riesgo cierto e inminente para el paciente, para terceros o ambos”.</i></p>
<p><b>Indicadores de riesgo</b></p>	<p><i>“La negación a un tratamiento psicoterapéutico como también psicofarmacológico o la falta de compromiso con cualquiera de ellos. Una familia disfuncional también lo considero como un indicador de riesgo”; “Ideación suicida, angustia exacerbada, diversas impulsividades tanto verbales como físicas”; “La falta de apoyo social y sobre todo familiar. Además, agrego, el estigma que recae sobre un diagnostico que remita trastornos mentales graves”; “Creo que la no adherencia al tratamiento o el abandono del mismo es un indicador de riesgo. Otro indicador puede ser el retrainimiento social o aislamiento que lleva a una persona a no salir de la casa”; “Veo como riesgoso toda conducta que provenga de esa fragilidad con la que el paciente establece el lazo con la realidad, en específico, toda conducta impulsiva es un factor que puede influir en sí mismo o en terceros. Por último, destaco la percepción negativa del propio cuerpo como un factor de riesgo”; “La falta de independencia, de sostén social, contención familiar y la ideación suicida, entre otros, son los indicadores de riesgo que más destaco.”; “Poca interacción social, que vivan solos, periodos previos de internaciones prolongadas (10 o 12 años internados). Por último, que no exista una red de contención familiar ni tampoco una trama social que sea continente”; “Si escucha voces que impulsan al paciente a cometer un homicidio, cuando existe una excitación psicomotriz y ni se puede hablar con el paciente, también cuando el paciente remite que no pasa días sin dormir y el indicador más destacable puede ser cuando existen conducta que pueden ser consideradas riesgosas para el mismo paciente o terceros”; “La presencia de impulsividad, de ideación suicida, conductas de retrainimiento, de no comunicatividad, conductas disruptivas y todo lo que gira en torno a conductas agresivas para sí mismo o terceros”; “Impulsividad con pasaje al acto, se podría considerar el vigor que adquieren ciertas cuestiones delirantes, la presencia de alucinaciones, la perdida de sentimiento por la vida, la ideación de vacío existencial. Todo eso podría predisponer un pasaje al acto”; “Claramente puedo decir que la presencia del consumo de sustancias toxicas será un factor de riesgo</i></p>

	<p><i>principal a tomar en cuenta”; “Un factor de riesgo muy relevante en el tratamiento para pacientes con este tipo de diagnóstico es la falta de una red de apoyo o contención”.</i></p>
<p><b>Dispositivos que conforman el tratamiento del paciente TMG</b></p>	<p><i>“Yo creo en la triada conformada por el tratamiento psicoterapéutico, otro psicofarmacológico y un seguimiento realizado por un médico psiquiatra”; “En mi opinión es fundamental la contención familiar y tener un núcleo social sano en donde la persona no se sienta sola”; “Básicamente es la consulta tanto individual como familiar, los controles periódicos, el acudir por guardia cuando existe una descompensación. Las casas de medio camino, los hogares de día y los talleres protegidos son actividades sociales que colaboran en la reinserción del paciente con TMG”; “Lo fundamental es establecer un buen vínculo como profesional con la familia del paciente para desarrollar la psicoeducación y luego saliendo del consultorio se recomienda al paciente que asista a talleres donde aprenda habilidades”; “Lo primero es la entrevista de evaluación que es la que determina la necesidad de los dispositivos, existe la incurrencia de la psiquiatría ya que administra medicación. A veces hace falta un centro de día o una casa de medio camino sino también existe la internación. Por otro lado, la existencia de talleres protegidos colabora de manera esencial en la reinserción social del paciente”; “El equipo de salud, el psicólogo, el psiquiatra, la terapeuta ocupacional, la asistente social. Un paciente con TMG no puede ser seguido solo por el médico psiquiatra, se requiere de un abordaje interdisciplinario”; “Control psicofarmacológico mínimo cada 2 semanas, psicoterapia vincular e individual, cualquier tipo de taller protegido y/o hospital de día”; “Son varios y dependen según la etapa de la enfermedad del paciente, si el momento agudo no paso, no puedo ofrecer asistir a un taller protegido. Una vez que ese momento en donde se necesita atención psiquiátrica y del personal de enfermería especializada pasó, se pueden ofrecer espacios donde se pueda entrar en contacto con otras personas y diferentes actividades”; “El tratamiento interdisciplinario, existe la internación, el abordaje psiquiátrico, psicológico y obviamente lo clínico”; “Yo destaco el dispositivo denominado ‘Asamblea de convivencia’ en donde se hace especial hincapié en el abordaje grupal y la formación de vínculos</i></p>

	<p><i>interpersonales. Además de esto, existen los talleres de pre alta como es el caso del de arte terapia, o también los talleres de día”; “Le doy importancia al trabajo que desempeñan tanto los trabajadores sociales, como los terapeutas ocupacionales en los distintos talleres. Creo que en pacientes con trastornos mentales graves es fundamental el dispositivo farmacológico, la supervisión psiquiátrica pertinente y también la combinación de éste con la psicoterapia individual o vincular”; “El hospital de día es muy bueno en la organización de tareas diarias y también ayudan a consolidar aún más la adherencia al tratamiento, por último, destaco también, como dispositivo, toda labor realizada por equipos multidisciplinarios”.</i></p>
<p><b>Adherencia Al Tratamiento</b></p>	<p><i>“Un factor clave en la adherencia al tratamiento es que el paciente tenga un grupo familiar continente, siga los lineamientos del tratamiento psicofarmacológico y asista a psicoterapia regularmente”; “Yo le doy mucha importancia al entorno del paciente, es fundamental para que el mismo comience un tratamiento o prevenga algún tipo de recaída sobre el mismo”; “Destaco la parte educativa, el grado de instrucción que tenga el paciente y la consciencia que pueda tener sobre los beneficios de cumplir con el tratamiento”; “Considero que la psicoeducación tanto para el paciente como para su familia es importante en la consolidación de una adherencia al tratamiento, que el paciente sepa la orientación del mismo”; “No pensaría en términos de adherencia o cumplimiento del tratamiento, me gusta psicoeducar al paciente para que sea parte del mismo y sepa que éste tratamiento es una herramienta para que el viva mejor”; “El vínculo que se establece entre especialista y paciente es el factor que encuentro como más determinante en la adherencia al tratamiento. Cuando hablo del vínculo me refiero a la psicoeducación, a mirar al paciente, saludarlo, ser afectuoso con él e integrarlo”; “La proximidad a la institución, la constancia del equipo profesional y el fácil acceso a los turnos ya que nadie habla de eso”; “No me gusta el termino adherencia al tratamiento, me parece algo muy psiquiátrico o cognitivo. Yo apelo al lazo que se establece entre el médico o psicólogo con el paciente. Creo que el especialista debe crear un espacio junto con el paciente en donde se oriente a objetivos de los cuales ambos son conscientes. La adherencia no me convence, ¿Si no hay</i></p>

	<p>lazo con el especialista porque el paciente seguirá el tratamiento?"; "Básicamente, la psicoeducación, el vínculo que se crea entre el terapeuta, el paciente y el entorno familiar y obviamente la disponibilidad para la contención por parte del especialista"; "El trabajo sobre la familia es fundamental sobre todo en la prevención de recaídas, realizar un buen seguimiento médico/farmacológico y hallar que éste es cumplido satisfactoriamente es una parte importante en la adherencia al tratamiento, esto nos revela que de alguna manera el paciente deposita su confianza en nuestro proceder profesional"; "Si no hay una buena interacción entre profesional y paciente la adherencia al tratamiento corre peligro ya que el paciente puede sentir, por desconfianza con el profesional, que determinado tratamiento no le servirá"; "Según mi parecer, el factor económico es determinante en pacientes con este tipo de diagnósticos ya que muchas veces se debe hacer frente a costos que los pacientes no pueden realizar y por esta razón muchos tratamientos quedan trancos".</p>
--	---

**Tabla 3 – Dispositivos Institucionales Públicos**

En la **Tabla 3**, se halla la noción que los profesionales poseen sobre las ventajas y desventajas de los dispositivos institucionales públicos. A continuación, se expone la gráfica de la **Tabla 3** en donde se encuentran las respuestas obtenidas por los participantes.

<b>Dispositivos Institucionales Públicos</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Respuestas</b>
<b>Ventajas de los Dispositivos</b>	<p>"Yo considero como fundamental la proveeduría de psicofármacos ya que muchas veces es lo que nos permite sostener un tratamiento o calmar momentos de crisis"; "La posibilidad de tener contacto con otros profesionales dentro de la misma institución hace que se trabaje de</p>

**Institucionales****Públicos**

*manera interdisciplinaria y eso hace que se logre un seguimiento más preciso de la situación actual del paciente”; “Son muchas las ventajas, la persona que no tiene recursos económicos ni contención familiar puede asistir a lo público y será atendido, generalmente la institución pública tiene relación directa con el centro asistencial u hospitalario que lo trata también como es el caso cuando se solicita un hemograma, eso puede realizarse en la misma institución pública”; “Para mí, la mayor ventaja que tienen la institución pública es la gratuidad de los servicios asistenciales como por ejemplo permite la posibilidad de que una persona sea tratada por un psicólogo, psiquiatra, que pueda hacerse estudios de laboratorio y que pueda irse con la medicación acorde al plan psicofarmacológico para ingerirla en su hogar es creo que el mayor fuerte del ámbito público en salud mental”; “Muchas veces el TMG está asociado a problemas económicos, por eso la accesibilidad de lo público para la población es una gran ventaja, por otro lado, destaco que la perspectiva de la institución pública muchas veces no pone a los negocios por delante de los tratamientos como si sucede en las instituciones privadas”; “En el tratamiento es fundamental lo público ya que el paciente tiene atención psiquiátrica, psicológica y medicación gratuita. En fin, sería un abordaje integral de manera gratuita, más si a esto le sumas al terapeuta ocupacional o trabajador social”; “El acceso al tratamiento psicofarmacológico ya que el paciente se asegura el suministro gratuito del mismo, y también puede ser seguido por un equipo de especialistas que trabajan de manera interdisciplinaria”; “Hasta este momento, lo público da mucho espacio para la creatividad, en lo privado esto no pasa, los tiempos son otros y también existen formatos preestablecidos. En la institución pública se realiza un seguimiento muy serio de los pacientes”; “Yo creo que el paciente tiene más posibilidades en la institución pública, está más cubierto. En lo privado existe carencia del recurso humano. En lo público se realiza un seguimiento más cotidiano del paciente”; “En los dispositivos institucionales públicos todavía existe el desarrollo de la vocación de servicio”; “Las ventajas que le veo es que los pacientes tienen acceso*

	<p><i>gratuito a talleres dictados por terapeutas ocupacionales, cursos y también a los psicofármacos”; “La accesibilidad a diversos tratamientos de manera gratuita, así como también la entrega de la medicación psiquiátrica sin percibir costos.”</i></p>
<p><b>Desventajas de los Dispositivos Institucionales Públicos</b></p>	<p><i>“En la institución pública cada uno debe rebuscárselas ya que existe una escasez de recursos muy marcada, brindamos un servicio a la comunidad con las herramientas que tenemos”; “La falta de ejecución del presupuesto asignado para la concreción y el cumplimiento de los lineamientos que plantea la ley. Presupuesto existe solo que creo que no se deriva como debe ser.”; “La limitación de horarios, la alta demanda que recibe la institución pública. En algunos pacientes se puede ver que cierta intolerancia al ingresar o mantenerse en un ámbito público. En general son más las ventajas que las desventajas.”; “En mi consideración no le veo desventajas muy marcadas como si le veo lo opuesto que serían las ventajas”; “En la argentina las instituciones públicas muchas veces están deterioradas o son muy precarias.”; “Yo no le veo desventajas, no puede no existir la atención sanitaria pública. Se puede mejorar, pero no le veo una desventaja clara”; “Una desventaja puede ser que no haya un seguimiento personalizado, un día te ve un profesional y otro día lo puede hacer otro”; “Yo desventajas no le estaría viendo al servicio prestado por la institución pública, considero que el acceso a la salud y que éste sea de calidad es un derecho”; “Creo que son muy pocas las desventajas que presenta el espacio público pero quizás la sobrecarga de trabajo y la poca derivación de insumos para mejorar el servicio podría ser considerada una”; “La verdad es que no podría mencionar desventajas como tales, quizás de las instituciones privadas si y varias pero en el ámbito público son más las posibilidades que surgen para el paciente que lo contrario.”; “En cuanto al servicio asistencial, no le veo desventaja alguna a los dispositivos públicos”; “Yo considero que no existen desventajas como tales en las instituciones públicas ya que cumple con muchos requerimientos que presentan pacientes con una problemática grave en salud mental”.</i></p>

**Tabla 4 – Ley Nacional De Salud Mental N°26.657**

En la **Tabla 4** se trata la temática vinculada a los aspectos positivos y negativos de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En la gráfica de la **Tabla 4** se ven reflejadas aquellas respuestas de los participantes.

<b>Ley Nacional de Salud Mental N°26.657</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Respuestas</b>
<b>Aspectos Positivos de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 percibidos por los profesionales</b>	<p>“Me siento identificada con el aspecto de la ley que de alguna manera le saca la etiqueta a su padecimiento, una de las cosas que más rescato de la ley es que se respeta la voluntad de la persona. Esta en los especialistas hacer parte del tratamiento al paciente. Por último, destaco el trabajo interdisciplinario que plantea la ley.”; “Un aspecto positivo me parece que es el haber pasado de una lógica de encierro institucional a una lógica comunitaria o de tratamiento comunitario, otro aspecto positivo me parece que es el cuestionamiento que se hace del modelo médico, la salud mental no es un privilegio de los médicos. Por último, me parece importante destacar que se le devolvieron los derechos a las personas que padecen trastornos mentales severos y eso es un gran cambio de paradigma”;</p> <p>“Positivo veo muy poco, algo que destaco es el planteamiento de trabajo interdisciplinario”; “Es una ley que defiende muy bien la individualidad de la persona y sus derechos como ser humano, ese cambio lo veo como muy positivo además de la relevancia que otorga al trabajo interdisciplinario”; “Creo que tiene avances con respecto a la anterior, se logra escapar a esa idea que se tiene sobre el sistema manicomial que ya no existe”; “La verdad no me siento identificado con ningún punto, una persona con TMG, no puede decidir por ejemplo su internación o como debe ser su tratamiento”; “No me identifico con ningún aspecto de la ley”;</p> <p>“Que la ley de salud mental este basada en los derechos humanos es un</p>

	<p><i>gran avance con respecto a la ley anterior”; “Me siento identificada con la mayoría, creo que es positivo el involucramiento de los letrados”; “La ley es intachable”; “Me parece que con esta ley se busca que el paciente se integre a la sociedad y sea funcional a la misma”; “Veo como positivo el planteamiento de que las internaciones sea más de tipo agudas y no tan prolongadas”.</i></p>
<p><b>Aspectos Negativos de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 percibidos por los profesionales</b></p>	<p><i>“Es un tema delicado. Lo que pasa es que no está claro lo de riesgo cierto e inminente para si o para terceros y eso genera dudas a la hora de internar o no”; “Veo como negativo haber introducido a los abogados como algo muy central en una cuestión que es de la salud. Esta introducción no menor tiñó el tema que es pertinente de la salud en una perspectiva de derechos humanos”; “La privación de la libertad, la manipulación que se hace para terceros, sacando beneficios de quienes son internados. No puede tener el mismo peso la firma de una trabajadora social que la de un médico psiquiatra. Quieren reemplazar la psiquiatría por la multidisciplinariedad”; “Yo creo que tiene un componente muy fuerte que es de carácter sociológico y esto hace que se desconozca el aspecto más psicopatológico que pueda sufrir el paciente”; “En principio es una ley muy idealista, está hecha para Dinamarca no para Argentina. Supone que el estado dispone de medios que no dispone y eso deja la gente abandonada. Existen muchos problemas prácticos”; “Yo creo que la coordinación de un equipo terapéutico la tiene que llevar a cabo un médico psiquiatra y no alguien que posea menos formación. Veo como negativo que el paciente decida si quiere internarse o no.”; “Veo como negativo que se desconozca la entidad llamada enfermedad mental y las incumbencias profesionales de los psiquiatras”; “En mi parecer, la ley es muy declamativa, es difícil de aplicar. No han abierto la cantidad de centros de día ni casas de medio camino como se habían planteado”; “Me parece que esta demás que el planteamiento del uso de la medicación como un castigo”; “No hay un acompañamiento de una política activa ni un presupuesto que pueda instrumentar todo lo que está planteado en la ley. Actualmente no hay políticas activas y efectivas que permitan la buena instrumentación de la ley n°26.657”; “No me gustaría hablar aspectos</i></p>

	<i>negativos, no los veo”; “No veo aspectos relevantes que yo considere como negativos”.</i>
--	--

**Tabla 5 – Aportes**

En la **Tabla 5** se hallan los aportes emitidos por los participantes. A continuación, en la **Tabla 5** se pueden observar las respuestas de los mismos.

<b>Aportes</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Respuestas</b>
<b><i>Aportes propuestos sobre los eventuales cambios que pueda sufrir la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657</i></b>	<i>“No estoy de acuerdo en el giro de paradigma en el cual se pasa de lo médico-clínico por así decir a lo que tiene que ver meramente con los derechos humanos”; “Me parecería muy positivo que se abran mayor cantidad de dispositivos especializados en salud mental”; “Creo que deberían aclarar las internaciones involuntarias, ya que con la incorporación de los abogados nuestro accionar sufre cambios”; “Considero que esta ley necesita reformas de manera urgente”; “Me parece de una arrogancia y una pedantería supina el planteamiento de los cambios para con la ley, no se pueden tomar 3 o 4 puntos y hacer lo contrario, no me parece que sea un planteo lógico”; “Desconozco sobre qué cambios podría sufrir la ley”; “Veo como positivo que un cambio pueda ser que la internación se vuelva involuntaria ya que el paciente muchas veces se encuentra con el juicio desviado”; “Estoy de acuerdo con la facilitación de la herramienta penal para quienes se encuentran trabajando en las guardias, con el tema de la internación involuntaria se ha procesado a muchos empleados del sistema de salud por ese vacío que se alojaba en la ley justamente desde el ámbito penal”; “No tengo en claro cuáles son los puntos que se podrían cambiar”; “Se que los cambios planteados hoy en día apuntan a desmerecer la interdisciplina”; “Que haya muy pocas unidades en salud mental es algo que debe ser modificado, se necesita mayor personal</i>

*capacitado y más dispositivos especializados en la área”; “No estoy muy anoticiada sobre qué cambios podría sufrir la ley, a mi parecer, deben ser siempre en favor de la tarea asistencial para quien lo necesite”.*

## 7. **Discusión**

En el presente trabajo de investigación se propuso como objetivo general analizar las ventajas y desventajas del tratamiento para pacientes con trastornos mentales graves (TMG) en dispositivos institucionales públicos desde la mirada de profesionales de la salud mental. Asimismo, se propuso como objetivos específicos el indagar cuáles son los aspectos que obstaculizan la adherencia al tratamiento por parte de pacientes que padecen trastornos mentales graves, y adicionalmente, cuál es la opinión que tienen los profesionales antes mencionados sobre la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Los resultados obtenidos ponen en evidencia la multiplicidad de ventajas que presenta el dispositivo institucional público en el tratamiento para los pacientes con trastornos mentales graves. La mayor ventaja se vinculó con el factor económico ya que el paciente recibe acceso gratuito a un tratamiento que puede ser psiquiátrico, psicológico o combinado. Por otro lado, la entrega gratuita de medicación psicofarmacológica y, por último, la posibilidad que tiene el paciente de incluirse en talleres de reinserción social donde no debe abonar por el servicio serán eventos en los cuales surgieron coincidencias entre los profesionales de la salud mental. En sintonía con esto, D´Agostino (2016) destaca la importancia del servicio prestado en los dispositivos institucionales públicos de salud mental ya que refiere que las posibilidades de trabajar de manera interdisciplinaria aumentan en dichos ámbitos y también resalta la posibilidad de incorporar personal especializado de manera ad honorem.

Siguiendo esta línea de análisis, Campodónico (2019) plantea que existió durante una buena parte de nuestra historia una concepción asilar-manicomial de las

instituciones especializadas en salud mental que son de carácter público. A mediados del siglo XX este paradigma cambia ya que solía ser criticado y, con la ayuda de políticas sociales y de las ciencias comunitarias, pasa a centrarse en la promoción de la salud. Esto fue realizado en gran parte al desarrollo e incorporación de personal especializado en otras ramas de la salud mental como los terapeutas ocupacionales, los trabajadores sociales y demás profesionales que pueden brindar un servicio orientado a prevenir las recaídas como por ejemplo con la creación de distintos tipos de talleres gratuitos para que los pacientes con trastornos mentales graves (TMG) puedan desenvolver sus habilidades tanto en un taller, como en un curso o simplemente en el contacto interpersonal que muchas veces este tipo de pacientes necesita.

Ahora bien, el tratamiento para un paciente que padece trastornos mentales graves (TMG), parte en principio, del criterio de cada uno de los profesionales de la salud mental para identificar pacientes con este tipo de diagnósticos. Tomando en cuenta lo descrito por Conejo Cerón et al (2014), concluyeron que debe existir cierta disfuncionalidad tanto en la conducta como en la cognición de la persona que padece este tipo de trastornos. Lo que resulta interesante es que en las respuestas de los entrevistados se hayan coincidencias en cuanto a esto, ya que, los indicadores que ellos creen pertinentes para remitirse a un paciente con diagnóstico de este tipo son, la pérdida de los valores preventivos (por ejemplo, el aseo), la pérdida de la autonomía propia, la incapacidad para poder establecer lazos interpersonales, la presencia de impulsividad y/o rigidez en conductas o cogniciones.

Por otro lado, Cárcamo Guzmán et al. (2019) han concluido en su investigación que la recuperación en pacientes que presentan un diagnóstico que refiere trastornos mentales graves (TMG), se ve facilitada, en reiteradas ocasiones,

por el trato legítimo empleado por el profesional de la salud mental en el cual priman aspectos como los afectivos y éticos, este proceso se dará para con el paciente a lo largo del tratamiento. Es importante destacar que se han encontrado grandes similitudes en las respuestas de los profesionales de la salud mental con respecto a lo anteriormente referido. Es aquí donde, a través de las respuestas de los entrevistados se puede destacar el concepto de *psicoeducación*, el cual puede ser entendido como un proceso en el cual se hace participante al paciente a través de la fundamentación de por qué se siguen determinados pasos dentro de un tratamiento psiquiátrico tanto como psicoterapéutico. Muchos de los profesionales sostuvieron la importancia del concepto de psicoeducación ya que lo encuentran como un factor determinante en el lazo que se crea con el paciente. Colom y Vieta (2004), infieren que la psicoeducación es un proceso que permite establecer una influencia positiva en la relación establecida entre un profesional del ámbito de la salud mental y el paciente. Además de esto, remarcan que este concepto es fundamental para crear confianza con el paciente y que éste considere al profesional como un integrante más de su red de apoyo ante posibles recaídas. Esto coincide con las respuestas obtenidas por parte de los entrevistados en la dimensión vinculada al tratamiento, más precisamente en la adherencia al mismo. Para De la Cruz Varo et al (2020), se debe contemplar el desarrollo de la psicoeducación para con la persona que padece trastornos mentales graves (TMG) ya que es un factor determinante en la comprensión del diagnóstico, de la patología, de la situación actual y de cuáles serán los pasos a seguir tanto en el corto como en el media plazo.

Por otro lado, Conejo Cerón et. al (2014), llevaron a cabo una investigación de tipo cualitativa sobre las diferentes opiniones que poseen profesionales del ámbito de la salud mental discriminados por oficio en 5 grupos focales distintos, éstos fueron

psicólogos, médicos psiquiatras, enfermeros, médicos clínicos y trabajadores sociales. Lo que dejo como resultados esta investigación refiere que los profesionales estuvieron de acuerdo en que debe tenerse en cuenta un cierto grado de disfuncionalidad para arribar a la definición de trastornos mentales graves. Estos resultados, sin dudas coinciden con las respuestas de todos los entrevistados, que marcan claramente en sus dichos, cuestiones vinculadas a la falta de autonomía e independencia.

En otro orden de ideas, dentro de la categoría 1 se ha investigado sobre el tratamiento que reciben y llevan a cabo los pacientes con trastornos mentales graves (TMG). Según los entrevistados, los factores de riesgo que pueden amenazar y poner en peligro el curso del mismo son la pérdida de valores preventivos (como el aseo), la presencia de delirios y alucinaciones, y por último una alta presencia de impulsividad. Esto coincide con lo postulado por Navarro y Contreras (2008) quienes refieren en un estudio de corte descriptivo y fenomenológico que, los principales problemas que se pueden observar en pacientes que realizan un tratamiento para trastornos mentales graves (TMG) suelen estar asociados a la presencia de síntomas clínicos positivos como lo pueden ser los delirios o las alucinaciones, la falta de habilidades sociales e interpersonales, y por último, la falta de una red de contención familiar – social.

En relación a la categoría 2, donde se hace referencia a las ventajas y desventajas del dispositivo institucional público para con pacientes que poseen un diagnóstico que remite enfermedades mentales graves, es posible destacar el estudio realizado por Oliva et al. (2023) quienes analizaron los beneficios y las dificultades que reúne el trabajo interdisciplinario en el ámbito público vinculado específicamente a la salud mental. Concluyen que una de las características más importantes del

dispositivo institucional público es la capacidad de apertura para el trabajo interdisciplinario. Esto permite un abordaje integral del paciente y también facilita el seguimiento del mismo para volverlo aún más preciso respecto de la situación actual de la persona que realiza un tratamiento para trastornos mentales graves (TMG). Otro dato importante, considerado como una dificultad que existe en el ámbito de los dispositivos institucionales públicos, será la comunicación entre profesionales, la cual muchas veces suele resultar un obstáculo en la consolidación de un equipo interdisciplinario. Esta información las instituciones públicas en salud mental coincide con los datos extraídos en las entrevistas ya que todos los entrevistados mencionaron características positivas vinculadas al abordaje interdisciplinario, al seguimiento realizado desde la psicoterapia individual, las entrevistas con el médico o medica psiquiatra, la posibilidad de contar con dispositivos de reinserción social como lo pueden ser los talleres protegidos y por último, coinciden en la gratuidad de los servicios ya que dentro de estas instituciones también puede adquirir el plan psicofarmacológico emitido por la o el psiquiatra. Con respecto a las desventajas que existen en las instituciones que son de carácter público, se pueden encontrar, en las respuestas de los entrevistados, coincidencias que determinan la falta de recursos que existe en el ámbito público, ya que limita mucho la capacidad de maniobrabilidad en el tratamiento interdisciplinario y también genera poca oferta de profesionales y/o tratamientos para una alta demanda que existe en pacientes con problemáticas mentales severas.

Siguiendo la línea de lo investigado por Oliva et al. (2023), con respecto al trabajo interdisciplinario, es posible hallar en las respuestas de los entrevistados, coincidencias que remiten a la categoría número 3 de este estudio. La misma, hace referencia a los aspectos positivos de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y

también a los lineamientos de la misma con los cuales los entrevistados no se sienten identificados. Los datos obtenidos resaltan que justamente para la población entrevistada, el trabajo interdisciplinario (planteado en la Ley), será de los factores más determinantes y positivos en el tratamiento para pacientes que padezcan una problemática vinculada a los trastornos mentales graves (TMG). Otro dato a tener será que, para los entrevistados, se le devuelve la autonomía al paciente en términos de derechos humanos. De alguna manera y gracias a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 se pudo abandonar la lógica del paradigma asilar-manicomial (Foucault, 1967) y se pasó a una lógica de tratamiento más de tipo comunitario en el cual, el paciente, los profesionales y las redes de apoyo del mismo integran de alguna manera un equipo en donde se favorece el seguimiento del estado actual del paciente y también aumentara el sentido que gira en torno a la prevención de recaídas.

Para González (2022), existe una clara falta de recursos especializados en salud mental, lo cual afecta muchas veces la calidad del servicio asistencial que pueda brindar un profesional o equipo de profesionales. En el análisis de la categoría número 4 dedicada a “Aportes”, se pueden observar respuestas que giran en torno a esto cuando se mencionan “Que haya muy pocas unidades en salud mental es algo que debe ser modificado”, “Se necesita mayor personal capacitado y más dispositivos especializados en el área” o “Me parecería muy positivo que se abran mayor cantidad de dispositivos especializados en salud mental” estas cuestiones tienden a determinar que existe una necesidad con respecto a la cantidad de herramientas de las cuales se pueden servir los profesionales vinculados al ámbito de la salud mental.

## **8. Conclusión**

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud mental que ejercen su labor en dispositivos institucionales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), se concluye, que se han alcanzado resultados satisfactorios con respecto al cumplimiento del objetivo general planteado al principio de la realización del estudio, el cual planteaba el análisis de las ventajas y desventajas del tratamiento para pacientes que padecen trastornos mentales grave (TMG) en dispositivos institucionales públicos. Sobre esto, es posible decir que se encontraron resultados que esclarecen un poco más la relación que existe entre el dispositivo institucional público y el tratamiento que recibe un paciente con psicopatologías severas, la información que se halló con respecto a esto, condice con el supuesto básico formulado en este estudio el cual infiere que el sistema público de atención psico asistencial se ha vuelto más integral, ya que se ha logrado combinar distintas cuestiones como lo es el acceso a un tratamiento psico asistencial que puede ser psiquiátrico, psicológico, combinando, etc. La posibilidad de generar espacios de psicoeducación en donde se haga más participativo al paciente y al entorno del mismo, y también se brinde la posibilidad de asistir a talleres de reinserción social ya que, la gran mayoría de hospitales públicos en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) tiene.

Por último, con respecto a los objetivos específicos de la actual investigación, es posible referir que, en cuanto al primero, se alcanzan resultados positivos ya que se puede dilucidar que, una falta de una red de apoyo social o familiar, sumado a la ausencia de un equipo interdisciplinario que logre un seguimiento serio y profesional, así como también una falta de trato digno para con el paciente y la familia del mismo serán, sin dudas, los condicionantes para alcanzar adherencia al tratamiento efectiva.

Luego, con respecto al segundo objetivo específico, también se puede decir que se ha alcanzado un resultado satisfactorio ya que muchos de los entrevistados coincidieron en que el aspecto más positivo de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 es que, apuesta de alguna manera por el trabajo interdisciplinario, que tiene una lógica más de tipo comunitaria y también que cuestiona el modelo médico. En contraposición, se obtuvieron datos con respecto a los aspectos negativos, estos determinaron que, la aplicación de la misma resulta muy difícil ya que existen cuestiones como la escasez de recursos por parte del estado que vuelve problemática la practicidad de la ley y muchas veces deja en estado de abandono al personal de las instituciones especializadas en salud mental.

## **9. Aportes y contribuciones de la Investigación**

La presente investigación aporta la perspectiva de los/as psicólogos/as y psiquiatras que realizan su labor profesional en los dispositivos públicos de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) sobre cuáles son, bajo su mirada, las ventajas y desventajas que tiene el tratamiento realizado por un paciente que padece trastornos mentales graves (TMG) en una institución pública.

Por otra parte, es posible destacar, que el relevamiento de las ventajas y desventajas que posee el dispositivo institucional público en salud mental a lo largo de este trabajo, reviste de gran importancia la información obtenida ya que conceden datos valiosos que permiten entender en profundidad la temática investigada y posibilita el análisis del abordaje general de un paciente que presente psicopatologías severas.

Además, es posible agregar que, hasta el momento, se han encontrado pocas investigaciones que estudien las variables propuestas en este estudio. Asimismo, se logró relevar las mejoras que los profesionales consideran indispensables para la configuración de un tratamiento para el paciente con trastornos mentales graves de manera integral. Por último, será tarea de los especialistas trazar determinadas estrategias que permitan avanzar sobre los aportes postulados.

## **10. Limitaciones de la Investigación**

La principal limitación que se presentó a la hora de la realización de este estudio surge efecto en que solamente se han entrevistado a 12 profesionales vinculados con el área de la salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, y que todos trabajan en el ámbito público, por lo cual, no se hace posible conocer si se obtendrían los mismos resultados con una muestra mayor y/o dentro del ámbito privado. Otra limitación que se evidenció en la práctica de esta investigación recae en el escaso número de investigaciones previas que de alguna manera unifiquen las variables analizadas.

## **11. Líneas de Investigación Futuras**

Como futuras líneas de investigación se puede profundizar aún más sobre la facilidades y dificultades de la conformación de un equipo interdisciplinario en un dispositivo institucional público ya que, se deben incluir profesionales vinculados a distintas áreas de la salud mental y todos deben tener la misma prioridad que será el paciente. Por último, otra línea de investigación a desarrollar en el futuro será la vinculación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 con el ámbito público de la salud mental, y con las limitaciones o ventajas que éste presenta.

## **12. Propuestas de Intervención**

A modo de propuesta de intervención, se plantea la posibilidad de crear talleres especializados en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 para la población en general en donde se repasen los aspectos más sobresalientes de la ley y, por otro lado, otro taller que sea específico para profesionales vinculados con el ámbito de la salud mental en donde se puedan detallar minuciosamente los aspectos más sobresalientes de la norma y como ésta influye en el ejercicio profesional de cada uno de los agentes sanitarios.

Para el armado del taller, se plantea la posibilidad de contar con un espacio semanal de 45 minutos los días sábados a las 9hs durante 3 encuentros en los cuales se pueda formar un programa educativo corto diseñado para enseñar y presentarle a las personas que asisten los aspectos que más deben tener cuenta de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Cabe destacar que la emisión del taller será vía Google Meet, con previo envío del link correspondiente de la sala a quienes se hayan anotado al taller a través de los formularios de inscripción realizados por el software de Google denominado Formularios.

La disposición del taller estará conformada por pequeños grupos (de 6 a 12 personas), lo cual permite que se concentre un poco más la atención en los conceptos expuestos, quien esté encargado del rumbo del taller será una persona especializada en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 y que haya tenido experiencia en el manejo que se tiene para con esta ley. Las principales características que se reunirían en el taller serían la de volver participantes a la población que asiste al mismo, ya que se permitirá comentar sobre las concepciones que cada uno tenga sobre esta temática

en cuestión tanto en la población en general como con los profesionales vinculados al área de la salud mental.

Otras características que se pueden resaltar del taller a realizar serán su informalidad, esto significa que podrán surgir debates entre los participantes y no solo habrá limitaciones a un contenido teórico que el presentador deba exponer. Se puede destacar también, que serán talleres independientes, ya que no se exigirá lecturas adicionales o trabajos prácticos para entregar posteriormente y, por último, se puede remarcar que estos espacios tendrán un límite de tiempo.

En cuanto al contenido del taller para la población en general, se propone recorrer la totalidad de la ley a partir de tres módulos desarrollados en las tres clases correspondientes con, obviamente, la posibilidad de brindar un espacio de dudas, consultas o intercambios. Los tres módulos propuestos para emprender el recorrido de análisis de la ley llevan, en primer lugar, a entender cómo se implementa un cambio de paradigma en donde se pasa de una lógica asilar-manicomial a uno más amplio relacionado con los Derechos Humanos (DD. HH), en segundo lugar, se abordaría el tema vinculado a las internaciones involuntarias planteado en el capítulo VII de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 desde el artículo 14 hasta el 29. En tercer lugar, se trataría la temática relacionada al accionar e incumbencias que tiene el Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental (ONR), planteado en el capítulo X de la Ley.

Por último, el análisis del contenido dado durante el curso del taller para profesionales que realizan su labor dentro del ámbito de la salud mental, será mucho más específico y profundo ya que se abordarán diferentes cuestiones por separado. Se apelará en todo momento al debate de ideas ya que muchas de las personas que

asistirán de alguna manera se han visto atravesados por los distintos manifiestos postulados en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En principio, se buscará tratar la temática relacionada a las internaciones involuntarias, y a esclarecer todo lo vinculado al pasaje de la ley que dicta lo siguiente: “Riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. Ya que han existido casos en donde a partir de desconocimiento de la ley, se ha dañado la integridad física de personas que padecen psicopatologías severas o trastornos mentales graves (TMG). Otro punto a discutir será la redacción de informes para el Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental y su relevamiento, además, se tratará cual fue la lógica del cambio de paradigma de una lógica manicomial a otra de derechos humanos (DD. HH), y cuál es el impacto que este cambio tiene en cada práctica profesional. Por último, se apuntará a trabajar todas las cuestiones vinculadas a las leyes y al trabajo con los abogados para que entre ambos puedan asegurar al paciente acceso al servicio de salud.

### 13. Referencias:

- Belloso, J. (2012). Intervención terapéutica en el trastorno mental grave. *Perspectivas teóricas. Clínica Contemporánea*, 3(1), 3-23.
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2), 113-116. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00172.x>
- Campodónico, N. M. (2018). Las políticas públicas en el campo de la salud mental: un abordaje historiográfico desde la psicología. *Anuario de investigaciones*, 25. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/110089>
- Cárcamo Guzmán, Karina, Cofré Lira, Ignacio, Flores Oyarzo, Gabriela, Lagos Arriagada, Denisse, Oñate Vidal, Nicollete, & Grandón Fernández, Pamela. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2), 59-69. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 1-19. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es)
- Caycedo B, M, L., Herrera, S., & Jiménez, K. O. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista ciencias de la salud*, 9(2), 141–158. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56222322004>.
- Colom y Vieta (2004) - Manual de Psicoeducación para El Trastorno Bipolar. *Scribd*. <https://es.scribd.com/document/638103635/Colom-y-Vieta-2004-Manual-de-Psicoeducacion-para-el-Trastorno-Bipolar-MANUAL>.
- 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. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272014000200005>

De la Cruz Varo, V., De Paz, A. M., Vendrell, E. I., Valverde, J. D. B., Florensa, R. M. G., Sancho, J. B., & Lázaro, A. G. (2020b). Adherencia al tratamiento en usuarios de hospitalización domiciliaria de salud mental (HDOM). *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 16, 6-16. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2020.16.6>

D'Agostino, A. M. E. (2016). Psicólogos en el ámbito público: Prácticas profesionales y trayectorias académicas narradas por graduados de la Universidad de La Plata (1966-1969). *Anuario de investigaciones*, 141-149. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862016000100014&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862016000100014&lng=es&tlng=es).

Díaz, M. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84.

Enfermedad mental - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mental-illness/diagnosis-treatment/drc-20374974>

Falcone, R. Historia de una ley. El Ejercicio Profesional de la Psicología (Ley 23.277) y sus antecedentes. En Rossi, Lucía A. y colaboradores (1997) *La Psicología antes de la profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas*, Bs.As. Edit. Eudeba, Cap. II, p.65-78

First, M. B. (2022). Tratamiento de las enfermedades mentales. Manual MSD Versión Para Público General. <https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>

- First, M. B. (2023). Clasificación y diagnóstico de las enfermedades mentales. Manual MSD Versión Para Público General. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/clasificaci%C3%B3n-y-diagn%C3%B3stico-de-las-enfermedades-mentales>
- Foucault, M. (1967). Historia de la Locura en la época clásica. *Fondo de Cultura Económica*. México. 2010.
- Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires. Paidós.
- Gearing, R. E., & Mian, I. A. (2005). An approach to maximizing treatment adherence of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders. *The Canadian child and adolescent psychiatry review = La revue canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 14(4), 106–113.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital & community psychiatry*, 32(1), 21–27.  
<https://doi.org/10.1176/ps.32.1.21>
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., & Azcon, M. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de la enfermería. *Enfermería Global*, 4(2).  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.4.2.475>
- González, Marina. (2022). Programa de intervención centrado en la adherencia al tratamiento.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. *Ciudad de México, México. Editorial Mc Graw Hill Education*. Año de edición: 2018, 548-549 p.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado.
- Ley Nacional Argentina de Salud Mental N0 26657. *Ministerio de Salud de la Nación Argentina*. 2011.

- Macaya Sandoval, Vyhmeister, & Parada. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355. Recuperado en 27 de septiembre de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=pt).
- Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. Guilford Press.
- Muñoz-García, Carpintero-Cruz, Verdugo-Martínez, Gijón-Serrano, & Hodann-Caudevilla, R. M. (2023). Perfiles clínicos en hospitalización psiquiátrica prolongada: reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 117-139. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100007>
- Navarro D y Contreras J.A. Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para personas con TMG localizadas en contextos con dificultad de acceso. Descripción de la muestra y análisis de necesidades. *Informaciones Psiquiátricas* 2008; 191 (1): 29-42.
- Oliva, C., Echeverría, J., & Mainetti, M. M. (2023). Beneficios y dificultades en el trabajo interdisciplinario, desde la mirada de profesionales de salud mental de instituciones públicas de salud. *Algunas reflexiones bioéticas. Perspectivas en psicología*, 20(1), 23–35. <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/633>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). *Adherence to Medication*. *New England Journal Of Medicine*, 353(5), 487-497. <https://doi.org/10.1056/nejmra050100>.
- Quesada, G., & María, C. (2020). *Adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave que acuden a Hospital de Día*. Universitat de les Illes Balears.
- Restrepo O, Diego A., & Jaramillo E, Juan C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000200009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200009&lng=en&tlng=es).

Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), 125–132. <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384>.

Rojas, J. y Flores, M. (2016). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichán* 16(3), 328-339.

Silva, Germán Enrique, Galeano, Esmeralda, & Correa, Jaime Orlando. (2005). Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Medica colombiana*, 30(4), 268-273. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482005000400004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004&lng=en&tlng=es).

Valero Aguayo, L., & Ureña García, A. (2023). Rehabilitación de personas con trastorno mental grave: Una revisión sistemática sobre el uso de tecnologías de la información. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 14(2), 55-73. <https://doi.org/10.20318/recs.2023.7326>

Velásquez, M. J. A., & Carrión, I. P. S. (2022). Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(2), 192-205. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>

World Health Organization. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 51(3), 225. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030061006>

## 14. Anexo



### Consentimiento

#### Informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer las ventajas y desventajas del tratamiento para el paciente con trastorno mental grave (TMG) en dispositivos institucionales públicos desde la mirada de profesionales vinculados al área de la salud mental. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre el tratamiento recibido por esta población en el ámbito público bajo la observación de psicólogas/os y médicos/as psiquiatras.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación. La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto. Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a [sinvestydes@uflo.edu.ar](mailto:sinvestydes@uflo.edu.ar) o a Gustavo Nahmod, Director de la presente investigación, Docente y Jefe de área clínica, a [gustavonahmod@yahoo.com.ar](mailto:gustavonahmod@yahoo.com.ar). Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

**Firma:**

**Aclaración:**

**DNI:**

**Fecha:**

**ANEXO 5. ESQUEMA DE PRESENTACIÓN DE ACUERDO AL FORMATO DEL TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN  
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL  
INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD**

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**


A partir del día de la fecha de aprobación del TFI  *Si, desde la fecha de aceptación.*

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 22/12/2024

Firma y aclaración del autor:

*Manuel Ben*  
*Manuel Ben*  
39.413.329

  
Arq. Ruth Fische  
Rectora  
UFLO