



LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

ASIGNATURA: DISEÑO DE TRABAJO FINAL

Equipo docente:

Dra. Mariela Nabergoi

Esp. Andrea Albino

Lic. Florencia Itovich

Lic. Luisa Rossi

Lic. Juliana Presa

Lic. Daniela Cerri

NOTA DEL TFI: 8 (OCHO)

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

TEMA: Intervenciones sobre las AVD para pacientes entre 35 y 65 años, en internación de Salud Mental, en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, en los años 2020 y 2021.

Grupo N°: 28. Año de cursada: 2020

Alumnos:

- Abeijón, Sofia Milagros (Dni: 40622850/Mail: sofiabeijon@gmail.com)
- Arias, Alexia (Dni: 41062686/Mail: alexiaarias1@gmail.com)
- Cuevas, Ignacia (Dni: 40455320/Mail: ignaciacuevas0@gmail.com)

Tutora:

Lic. T.O. Luisa Rossi

Cotutora:

Lic. T.O. Daniela Cerri

Fecha de presentación: Julio 2021.

ÍNDICE

Tema.....	3	
Palabras Clave	3	
INTRODUCCIÓN		
Planteamiento del problema.....	3	
Pregunta de investigación.....	4	
Relevancia y justificación.....	4	
Supuestos.....	5	
Objetivos.....	6	
DESARROLLO		
Marco teórico.....	7	
Metodología		
Tipo de diseño.....	16	
Contexto.....	17	
Universo y muestra	18	
Matriz de datos.....	19	
Fuentes e instrumentos.....	25	
Aspectos éticos.....	26	
Análisis de datos.....	26	
Resultados.....	29	
CONCLUSIONES		45
Bibliografía.....	50	
Anexos.....	52	

AREA Y TEMA:

"Intervenciones sobre las AVD para pacientes entre 35 y 65 años, en internación de salud mental, en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, en los años 2020 y 2021."

PALABRAS CLAVE:

Actividades de la Vida Diaria - Salud Mental - Terapia Ocupacional- Internación.

PLANTEAMIENTO Y PROBLEMA:

La Terapia Ocupacional (en adelante TO) es el arte y la disciplina de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, reforzar y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y la productividad; disminuir y corregir patologías; promover y mantener la salud. (Rivas-Garibay, M.A., Olvera-Romero, M.D., Ferman Cruz, G., 2011)

Según Ocaña Expósito, L. y Caballo Escribano, C. (2015), en patologías de salud mental puede observarse en los pacientes limitaciones tanto en el desempeño personal, ocupacional, familiar y/o social. Como mencionan los autores, dentro de las áreas ocupacionales, puede verse afectado el desempeño en las actividades de la vida diaria (en adelante AVD), que según ellos son un componente integral de la salud mental, son imprescindibles para lograr el autocuidado y tener una vida independiente. Es por ello que son necesarios los programas de intervención destinados a favorecer la autonomía en las mismas ya que la participación en actividades cotidianas satisfactorias y significativas contribuye a una mejor calidad de vida.

En nuestra experiencia como estudiantes de Terapia Ocupacional, a lo largo de la carrera evidenciamos que, a pesar de que conocíamos y se nos brindaron herramientas para intervenir en AVD en distintas poblaciones, no conocíamos un registro que contenga las instituciones en CABA y Conurbano que implementaran estos tipos de intervenciones. Existe evidencia bibliográfica sobre estas intervenciones en general y sobre experiencias específicas de TO en Salud Mental como documentos que describen intervenciones sobre un paciente específico en su paso por el tratamiento de TO. Un ejemplo de esto es el texto *"Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: del "vine a morir" al "salir a la pelea"* de García Ariceta, V. y Rosemblat, F. (2019), publicado en la Revista Argentina de Terapia Ocupacional, el cual relata la intervención de residentes de TO con una paciente en un hospital público de CABA en el año 2012. En

este texto se presentan tres momentos de la intervención, en los que se trabaja para la recuperación y adquisición de roles, aumenta su participación social y su autonomía en AVD, pero no se detalla ni específica esta última intervención.

Se pudo encontrar bibliografía relacionada a conceptos y definiciones sobre AVD en general, como por ejemplo, según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (AOTA, 3ra edición, 2014), las AVD son actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. También se refiere a actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida diaria (APVD). Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, ya que nos permiten a todos la supervivencia y el bienestar. También, según Moruno Miralles (2006), las AVD son aquellas actividades que se realizan a diario, en lo cotidiano, todos los días. Están relacionadas con la supervivencia y autonomía de los individuos, y satisfacen las necesidades vitales sin las cuales el ser humano no podría sobrevivir. Están sujetas a procesos biológicos de la vida, repetidos indefinidamente.

Sin embargo, no se encontró información específica de intervenciones sobre las AVD en CABA y Conurbano. Es por eso que se decidió orientar el trabajo final integrador a investigar y caracterizar las intervenciones de TO sobre AVD en pacientes entre 35 y 65 años, en internación de Salud Mental, en CABA y Conurbano Bonaerense, en los años 2020 y 2021.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características y cómo se implementan las intervenciones sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental, entre 35 y 65 años, en CABA y el Conurbano Bonaerense?

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

Con este trabajo final integrador (TFI en adelante), nuestro propósito fue investigar y describir las intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de Salud Mental, entre 35 y 65 años, en CABA y el Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

Este documento es de relevancia teórica, ya que en la actualidad no existe ningún documento que describa y caracterice estas intervenciones. Por lo tanto, funciona como evidencia teórica propia de Terapia Ocupacional, ya que contribuimos a generar conocimiento propio de nuestra disciplina en Argentina para su difusión y futuro uso del mismo. Este trabajo brinda información sobre las distintas intervenciones de AVD, sus características, a qué poblaciones están destinadas, cómo se implementan y se llevan a cabo, qué marcos y modelos utilizan, dónde están situadas, etc.

En cuanto a la relevancia social, el TFI podría aportar para lograr difusión de la disciplina tanto en el ámbito de salud como en el social, ya que por ejemplo podría ser útil para familiares de pacientes para conocer el abanico de posibilidades existentes. También podría servir para generar y compartir información de Terapia Ocupacional en nuestro país. Al ser un trabajo cuyo propósito es recabar y organizar este tipo de información, sería una herramienta útil para profesionales tanto de Terapia Ocupacional como de otras profesiones, tales como psicólogos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, médicos, etc., ya que les brinda un relevamiento detallado sobre intervenciones existentes en distintos dispositivos y diferentes formas de evaluar e intervenir y objetivos de Terapia Ocupacional para esta población. Además, es de utilidad para estudiantes de Terapia Ocupacional, ya que les brinda información sobre intervenciones para luego tener más herramientas al momento de salir al campo laboral de la disciplina. Y también para otras instituciones de salud, ya que les brinda información para conocer sobre las intervenciones en otras instituciones y poder comparar entre las mismas. Asimismo, como se mencionó anteriormente, les permite conocer las características de las intervenciones en AVD, a qué poblaciones están destinadas, cómo se implementan y se llevan a cabo, qué modelos utilizan, etc.

Por último, la relevancia práctica del TFI podría ser para la práctica profesional como para la práctica de pregrado de Terapia Ocupacional ya que es útil a la hora de elegir una institución para realizar las prácticas porque a partir de este documento se puede ver las distintas formas de intervención y trabajo en las instituciones, la localidad de las mismas, los objetivos con los que trabajan, y así poder tomar una decisión en cuanto a la elección de la institución para poder llevar a cabo las prácticas profesionales. En cuanto a la práctica profesional podría ser útil para poder ver, de forma general y unificada, las intervenciones existentes.

SUPUESTOS:

- La mayoría de los terapeutas ocupacionales utilizan evaluaciones para las AVD.
- El abordaje más utilizado para intervenir sobre las AVD desde Terapia Ocupacional suele ser el individual.
- La mayoría de los terapeutas ocupacionales llevan a cabo todas las etapas del proceso de intervención sobre las AVD en Terapia Ocupacional.
- La AVD sobre la que más se interviene es higiene y arreglo personal.
- La mayoría de los terapeutas ocupacionales toman conceptos y lineamientos de varios modelos para las intervenciones sobre AVD.

- La mayoría de los terapeutas ocupacionales llevan a cabo una modalidad de intervención sobre las AVD basada en roleplaying y/o guía verbal.
- La mayoría de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD presentan trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo, o trastornos relacionados con sustancias.
- La mayoría de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD se encuentran en fase pre-alta o crónica del trastorno.
- La mayoría de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD concurren a Terapia Ocupacional por derivación de un médico u otro profesional de la salud, como por ejemplo un psicólogo.
- La mayoría de las intervenciones se ven afectadas con obstáculos como: lineamientos o normativas de la institución.

OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar las intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las etapas del proceso de intervención de TO sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Identificar los tipos de evaluación que se utilizan en las intervenciones sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Identificar las fuentes de derivación de los pacientes que reciben intervenciones de TO sobre las AVD en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Identificar las AVD en las que intervienen con más frecuencia los terapeutas ocupacionales para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Identificar los modelos utilizados para guiar las intervenciones sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Describir la modalidad de intervención de TO sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

- Conocer los obstáculos que se presentan en las intervenciones de TO sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Identificar los abordajes de intervención de TO en AVD que se realizan para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Identificar los trastornos mentales, la edad y el sexo biológico que tienen las personas que reciben las intervenciones en AVD en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Conocer en qué fase o momento de internación se encuentran los pacientes con trastornos mentales que reciben intervenciones en AVD en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

MARCO TEÓRICO

En el presente trabajo, se caracterizaron Intervenciones sobre AVD para pacientes entre 35 y 65 años, en internación de Salud Mental, en CABA y Conurbano Bonaerense, en los años 2020 y 2021. En primer lugar, se creyó pertinente definir la Terapia Ocupacional, que según la American Occupational Therapy Association (AOTA) :

Es el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en los roles, hábitos y rutinas del hogar, escuela, lugar de trabajo, la comunidad, y otros ambientes (AOTA, 2014, pág 1).

En el presente trabajo, las Actividades de la Vida Diaria fueron una parte fundamental, por lo que a continuación se desarrollarán definiciones según dos fuentes para diferenciar las distintas miradas y perspectivas.

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (AOTA, 3ra edición, 2014), las AVD son actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. También se refiere a actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida diaria (APVD). Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, ya que nos permiten a todos la supervivencia y el bienestar. Dentro de las AVD se encuentran las siguientes actividades: ➤ Bañarse, ducharse: obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia afuera

- Ir al baño e higiene en el inodoro: Obtener y utilizar suministros; manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso del inodoro; limpiarse el cuerpo; y cuidar de las necesidades de la menstruación y las necesidades de la continencia (incluyendo el manejo de catéteres, colostomías y supositorios. Así como el completo control intencional de los movimientos del intestino y de la vejiga urinaria, y de ser necesario, utilizando equipos o agentes de control de vejiga)
- Vestirse: Seleccionar prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, tiempo y ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los dispositivos personales, prótesis u ortesis.
- Deglutir/comer: La capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquidos en la boca y deglutirlos, siendo deglutir el movimiento del alimento desde la boca hasta el estómago.
- Alimentación: Preparar, organizar y llevar el alimento o líquido del plato o taza/vaso hacia la boca; a veces también llamado auto alimentación.
- Movilidad funcional: Moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en la silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, silla de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, ducha, silla, piso). Incluye ambulación funcional y transportar objetos.
- Cuidado de los dispositivos de atención personal: Usar, limpiar y mantener artículos de cuidado personal, tales como aparatos auditivos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis, equipo adaptado, y dispositivos anticonceptivos y sexuales.
- Higiene y arreglo personal: Obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal (por ejemplo, usar navajas de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, cepillar y cortar el pelo, cuidar las uñas (manos y pies), cuidar la piel, oídos, ojos y nariz, aplicar desodorante, limpiar la boca, cepillar dientes y usar hilo dental o eliminar, limpiar y colocar ortesis y prótesis dentales.
- Actividad sexual: Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva.

Por otro lado, "Las ADL (activities of daily living) o actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo" (Moruno Miralles, 2006, pág. 3)

Según este autor, las AVD son aquellas actividades que se realizan a diario, en lo cotidiano, todos los días. Están relacionadas con la supervivencia y autonomía de los individuos, y satisfacen las

necesidades vitales sin las cuales el ser humano no podría sobrevivir. Están sujetas a procesos biológicos de la vida, repetidos indefinidamente.

Las AVD, según dicho autor, también conforman la identidad de las personas: sus formas de expresión, lo que les otorga singularidad. Todas las AVD pueden adquirir valores simbólicos, de acuerdo a la sociedad o comunidad donde se desarrollan. Todas están influidas por aspectos sociales y culturales que regulan su realización y les dan sentido.

Otra característica de las AVD según Moruno Miralles (2006) es su valor "auxiliar", es decir, que se las considera "un medio para" y no un fin en sí mismas. Configuran el sustento de la autonomía e independencia personal. Estas adquieren su significación cuando están relacionadas a quehaceres vitales de cada individuo, en relación con su historia personal, e inmersas en su cultura, donde adquieren sentido y valor simbólico.

Las AVD, según dicho autor, pueden tener distintas funciones y asumir distintos valores según factores como la edad, el estadio del ciclo vital, el estado de salud, la historia personal y familiar, la cultura, el status social, etc.

En relación a la TO, las AVD

Favorecen la estructuración del tiempo, como sostén de la autonomía personal, como forma de expresión de la capacidad de acción de cada persona, como mecanismo de adaptación al medio, como identidad personal, sexual o social, como símbolo de economía psíquica de un sujeto (Moruno Miralles, 2006, p. 18).

Por otro lado, las AVD delimitan periodos de actividad. Es decir, delimitan las actividades que se hacen o no de día o de noche, pautan las actividades laborales, festividades, vacaciones, celebraciones, etc. En este sentido, las AVD se pueden utilizar como soporte o sostén de un ritmo/régimen de actividad que ayude a la organización del tiempo (alterado por cierta enfermedad o discapacidad). Esta modalidad tiene relevancia en instituciones de internación o residencias, ya que fomenta la percepción de la persona como ser activo.

En cuanto al desarrollo evolutivo, las AVD sirven como "soporte para el desarrollo normalizado de estructuras y funciones corporales y psicológicas, de las relaciones sociales, emociones y vínculos afectivos. También son vehículo para la transmisión cultural durante los procesos de socialización." (Moruno Miralles, 2006, pág. 14).

Resultó relevante por otro lado, indagar acerca del proceso de intervención de Terapia Ocupacional, ya que este trabajo se basó en conocer las características de las intervenciones de T.O. y dentro de estas, las tres etapas que el proceso conlleva.

El proceso de la Terapia Ocupacional es la entrega del servicio centrado en el cliente de terapia ocupacional. Este incluye la evaluación y la intervención para lograr los resultados previstos. Se ve facilitado por la perspectiva de razonamiento clínico, el análisis de las actividades y ocupaciones, y la colaboración con clientes. El proceso está formado por tres etapas: la evaluación, la intervención y los resultados.

Según este documento, dentro de la etapa de evaluación, se encuentra por un lado el perfil ocupacional, donde en un principio el profesional indaga acerca de la historia ocupacional del paciente, sus intereses, valores, necesidades, fortalezas, limitaciones y preocupaciones en relación a ocupaciones, y por otro lado el análisis del desempeño ocupacional que, luego de lo mencionado anteriormente, el profesional observa al paciente realizar una actividad, es decir se observa su desempeño ocupacional, de manera que se puedan identificar barreras y apoyos en los contextos y entornos, demandas de la actividad y destrezas de ejecución que son requeridas en la actividad que realiza.

Luego de la evaluación se lleva a cabo la intervención, donde en primer lugar se desarrolla un plan de intervención en conjunto con el paciente, seleccionando modelos y marcos de referencia y estableciendo objetivos que guiarán la intervención. Una vez realizado esto, se implementa esta etapa, es decir se llevan a cabo acciones para apoyar el desempeño ocupacional y la participación del paciente.

Por último, en la etapa de resultados, se determina si se obtuvieron los resultados deseados del proceso, para poder determinar acciones futuras con el paciente.

Por otro lado, es relevante la selección de modelos y marcos de referencia que guíen la práctica y la intervención de TO, ya que luego se indagarán cuales de los mismos son utilizados para las intervenciones sobre AVD.

Según Moreno, (2020) un marco de referencia se define como:

Una versión de la teoría adaptada y aplicada a la práctica de la terapia ocupacional. Es un esquema conceptual que sintetiza e interpreta el conocimiento para que pueda ser utilizado por la disciplina. Proporciona un conjunto de suposiciones, postulados y conceptos, así como diferentes abordajes y herramientas prácticas. (Moreno, 2020, pág. 1) Por otro lado, los modelos:

Tienen como función principal servir de puente entre la teoría y la práctica, constituyen representaciones simplificadas de teorías o sistemas teóricos que describen y explican la estructura y contenidos de un fenómeno, organizando el conocimiento para que sea aplicado en situaciones prácticas. (Moreno, 2020, pág. 1)

Entre los modelos más utilizados, este autor menciona:

El modelo de ocupación humana (MOHO), el cual, describe a la persona como un ser abierto y dinámico, que organiza su conducta en base a estímulos del entorno. Además, habla acerca de tres elementos relevantes de la persona, como la Volición, que hace referencia a la voluntad, deseo o interés; la Habitación, definida como la organización de roles, hábitos y tareas para lograr mayor adaptación en las actividades; y la Capacidad de Desempeño, la cual es la capacidad de realizar una actividad, y se encuentra dado o influenciado por aspectos mentales, físicos y la experiencia subjetiva del individuo.

El modelo canadiense del desempeño ocupacional, menciona que el desempeño ocupacional es el resultado de la relación entre la persona (integrado por cuerpo, mente y espíritu), entorno (aquello que rodea a la persona durante la realización de una actividad y que posee gran impacto en el desempeño ocupacional, así como el contexto físico, social, laboral y cultural), y la ocupación (aquellas actividades que son realizadas por un individuo, el cual le asigna un significado relevante y un valor). Este modelo posee una práctica centrada en la persona, donde se incluye al individuo en la toma de decisiones del proceso de terapia ocupacional.

El modelo del funcionamiento ocupacional, describe el funcionamiento ocupacional, y la ocupación como medio y como fin. Este modelo se centra en personas con discapacidad física, pero puede extenderse a otro tipo de discapacidades.

Por último, el modelo Persona - Ambiente - Ocupación, describe la relación entre estos tres aspectos y cómo facilitan o limitan el desempeño ocupacional a medida que pasa el tiempo y según el contexto de la persona. Para lograr este equilibrio entre los tres aspectos, se trabaja con la adaptación.

Otro de los temas tratados en el TFI, fueron los pacientes en internación de salud mental, más específicamente con trastornos mentales, quienes son los que reciben intervenciones de TO sobre las AVD.

Se entiende por paciente a "cualquier persona que acuda a la consulta de un profesional de la salud, ya esté sano o enfermo. Es un individuo que es examinado médicamente o al que se administra un tratamiento" (Ucha, 2012, pág. 1).

En dichas instituciones suelen encontrarse pacientes de diferentes edades. Este TFI se centralizó en pacientes que tengan entre 35 y 65 años de edad.

Según Llorens (1990), dentro de este rango etario, se pueden diferenciar dos etapas. Por un lado, la adultez media se extiende desde los 35 años a los 50 años. En esta etapa, los roles que el adulto asume pueden ser hijo, padre, abuelo, nieto, amigo, colega y tal vez cuidador. La autora explica que se desarrollan conductas adaptativas típicas de esta franja etaria, como por ejemplo el logro de

responsabilidades cívicas y sociales, la mantención económica, asistencia a familiares y logro de relaciones satisfactorias con amigos. Asimismo, se mantiene la independencia en el autocuidado, y se perfeccionan las habilidades en el manejo del hogar, y aquellas asociadas al cuidado de otras personas. Por último, según la autora, en esta etapa es importante el balance autocuidado/automantenimiento, trabajo/educación, juego/tiempo libre, y descanso/relajación para mantener la adaptación.

Por otro lado, la adultez tardía se extiende desde los 50 hasta los 65 años. Es un tiempo de continua adaptación y consolidación. Los roles ocupacionales y sociales que los adultos asumen pueden ser: padre, abuelo, hijo, amigo, colega y trabajador. Es una etapa en donde se experimenta cambio y pérdida de roles. La autora explica que la conducta adaptativa implica un crecimiento continuo del potencial propio.

Las actividades de autocuidado/automantenimiento dominadas anteriormente, según Llorens, continúan para la independencia en el funcionamiento, como la independencia en el cuidado de uno mismo y de la familia.

Por último, según la autora, en esta etapa, la relajación es una parte del ciclo de descanso que permite el balance entre el autocuidado/automantenimiento, trabajo/educación y juego/tiempo libre es importante para el desarrollo saludable.

La investigación se basó en personas que están en situación de internación de salud mental. Se entiende como internación al:

Resultado de la acción de internar a un individuo en un centro de salud, sanatorio, u hospital, como consecuencia del padecimiento de alguna dolencia o enfermedad, para que reciba tratamiento médico específico a causa de la misma, o en su defecto, tras la sucesión de un accidente que complica el estado de salud de un individuo se demanda el ingreso del mismo a alguno de estos centros, para que atienda en su caso. (Ucha, 2012, pág.1).

Fue pertinente encuadrar el TFI bajo la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2011 para utilizar correctamente conceptos y definiciones brindadas por esta. Fue de gran relevancia tener en cuenta la ley que protege a esta población y promulga sus derechos como ciudadanos de la Nación Argentina. Se adjunta en "Anexos" los artículos relevantes al TFI. Sin embargo, uno de los puntos más importantes que plantea la ley es la desmanicomialización de las instituciones de internación de salud mental, y el trato digno como sujetos de derecho y en igualdad de condiciones como cualquier ciudadano de la Nación.

La ley, sancionada en el año 2011, propone las siguientes definiciones:

- ❑ Por «**atención de la salud mental**» se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta.
- ❑ Por «**institución psiquiátrica**» se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental.
- ❑ Por «**profesional de salud mental**» se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental.
- ❑ Por «**paciente**» se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica.

En estas instituciones de salud mental se aborda al paciente a través de diferentes especialidades y profesiones, entre las cuales puede mencionarse la Terapia Ocupacional. Dependiendo de la institución, varía la relevancia que se otorga a las AVD y a la intervención sobre las mismas.

La Terapia Ocupacional puede intervenir en todas las áreas ocupacionales, en diferentes patologías y poblaciones, a partir de diferentes abordajes, tipos de intervenciones, modalidades y utilizando diferentes tipos de marcos o modelos, como se mencionó anteriormente. Los profesionales o las instituciones deben seleccionar y llevar a cabo la modalidad de trabajo en equipo, para abordar al paciente de forma integral.

Desde nuestro punto de vista, dentro de las intervenciones de TO sobre AVD en salud mental, los profesionales deben seleccionar la modalidad, abordajes, lugar, frecuencia semanal y duración de las sesiones, y tipos de intervenciones para llevar a cabo los objetivos establecidos. Suelen seleccionarse abordajes individuales, grupales o familiares, con el fin de ir logrando las metas y objetivos acordados con la persona y/o su familia. Además, el profesional debe proporcionar estrategias, destrezas y habilidades que permitan al paciente adecuar su funcionamiento ocupacional a sus propias necesidades y a los requerimientos del entorno.

Según Moruno Miralles (2004) el profesional utiliza o aplica de forma terapéutica diferentes actividades que constituyen una unidad cultural y personalmente significativa para los pacientes. Los tres aspectos principales para llevar a cabo esto y que deben darse de manera conjunta son: el objetivo terapéutico, la vinculación cultural de la actividad y la significación personal. La intervención debe partir de la habilidad y conocimiento del profesional y también de la motivación del paciente. Es necesario motivar a los pacientes para aumentar la frecuencia en la realización de las AVD. Si el paciente presenta dificultades en la realización, la intervención debe basarse en el entrenamiento en estas capacidades mediante la utilización de técnicas psicopedagógicas (instrucciones, moldeamiento de la conducta,

modelado, role playing, etc.), teniendo en cuenta las limitaciones que aparecen en el procesamiento cognitivo, en las habilidades de comunicación e interacción social, u otros.

Según este autor, el terapeuta ocupacional también puede aconsejar al paciente, negociar con él las mejores opciones, estrategias, alternativas y soluciones. Se trata de hacer consciente la elección de actividad y ocupación significativa para el paciente. El objetivo es que sea un sujeto con responsabilidad y con capacidad de decisión sobre su propia vida y sobre la situación que le está aconteciendo.

Como se mencionó anteriormente, el TFI abarcó los trastornos mentales en pacientes en internación de salud mental. Es por ello, que a continuación, se definieron algunas de ellas desde el DSM IV para brindar una base teórica a los lectores.

Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.

Según la OMS (2016), los trastornos mentales producen síntomas que se pueden evidenciar tanto por la persona afectada como por las de tu entorno cercano. Entre ellos pueden aparecer:

- síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño)
- síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad)
- síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria)
- síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias)
- Alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen).

Dentro de los trastornos mentales se encuentra la esquizofrenia, cuyos síntomas característicos son:

Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): 1. ideas delirantes 2. alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado 5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia. (DSM IV, 1994, p 59).

Según este manual, los tipos de esquizofrenia que se encuentran son: paranoide, residual, desorganizado, catatonico e indiferenciado.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo, se pueden encontrar los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y los trastornos del estado de ánimo inducidos por enfermedad médica y sustancias. Según el DSM IV (1994), dentro de los trastornos depresivos se encuentran: trastorno depresivo mayor episodio único, trastorno depresivo mayor recidivante y trastorno distímico.

Los trastornos bipolares, se clasifican en los de tipo I y II. Dentro de los tipo I, se encuentran: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo, episodio más reciente no especificado.

El trastorno bipolar de tipo II se caracteriza por :

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.
- C. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio (DSM IV, 1994, p 77).

Por último, otra de las patologías de pacientes que pueden recibir intervenciones sobre AVD son los trastornos relacionados con consumo de sustancias, donde, según el DSM IV (1994) se pueden identificar la dependencia, el abuso, intoxicación y abstinencia. Según este manual, estos poseen un punto en común, el cual es que el consumo desadaptativo de las mismas llevarán a un deterioro de gran importancia.

Como conclusión, todos estos conceptos y definiciones que se brindaron en el Marco Teórico, serán pertinentes para brindar una base teórica previa, y así facilitar luego la lectura y comprensión del TFI, ya que son nociones que luego serán indagadas y profundizadas, para poder conocer las intervenciones de TO sobre las AVD para pacientes entre 35 y 65 años, en internación de Salud Mental, en CABA y Conurbano Bonaerense, en los años 2020 y 2021.

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

TIPO DE DISEÑO

Según el estado de conocimientos sobre el tema: El TFI es de tipo descriptivo ya que, según Samaja (2003), busca establecer características generales de poblaciones a partir de lo que se encuentra en una muestra. En este trabajo, se describieron y caracterizaron las diferentes intervenciones sobre las AVD en pacientes en situación de internación en salud mental, entre 35 y 65 años de edad, en CABA y el Conurbano Bonaerense. Algunas de las variables designadas para esta investigación son modalidad, marcos, modo de intervención, AVD en las que se interviene, tipos de institución, entre otras.

Según la concepción de la realidad (y el consecuente enfoque metodológico): es un diseño que combinó las metodologías cualitativas y cuantitativas. Según Bottinelli, cualitativo, ya que está basado en la realidad, es exploratorio (ya que el objetivo es examinar un tema que fue poco o no estudiado con anterioridad, como es el caso específico de estas intervenciones llevadas a cabo en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021), descriptivo (mencionado anteriormente), y no generalizable (ya que estudia casos aislados, como es este caso, donde se toman ciertas intervenciones). Según la autora, en este tipo de diseño, al objeto se lo considera de forma holista y cambiante. Es reflexivo, y su estructura es "desde adentro". Le interesa comprender la conducta humana desde el marco de referencia de quien "actúa" (fenomenología). Otra característica de esta metodología, es que es holista, es decir, que su objeto es complejo, diverso y cambiante. Se toman los actores y los objetos en su totalidad, al actor en su contexto social, con su experiencia e historia. La realidad es dinámica, e irá modificando el diseño según los resultados obtenidos. Por lo tanto, es flexible y abierto a modificaciones. En relación al TFI, la información cualitativa se basó en datos reales y está orientada a los descubrimientos de nuevas preguntas y formulación de conclusiones. Se indagó acerca de aspectos cualitativos como modelos de intervención utilizados en AVD, marcos de intervención utilizados, el contexto en el que intervienen, la patología de los pacientes que reciben intervención en AVD, y el tiempo de evolución de las patologías de estos pacientes, entre otras. Y a partir de la información obtenida, se analizaron los datos y se realizaron las conclusiones correspondientes, sin generalizar ni trasladar los datos obtenidos a otras intervenciones/poblaciones.

Por otro lado, cuantitativo, ya que, al finalizar el trabajo, fue posible cuantificar algunos de los datos obtenidos. Por ejemplo, en cuántas instituciones del total se interviene sobre AVD, en cuantas se toman evaluaciones estandarizadas y en cuantas no, etc. Es decir, que algunos resultados fueron posibles de medir o cuantificar (profunda y controladamente), generalizar, calcular estadísticas, etc. El conocimiento busca ser objetivo y neutro, sin realizar juicios de valor, implicaciones políticas ni sociales.

Según la temporalidad de los datos: el trabajo fue retrospectivo, ya que se utilizó información sobre los registros de las instituciones y además información existente sobre las definiciones, antecedentes, y experiencias previas; y luego, al investigar sobre los programas e intervenciones en AVD, se unificaron todos los datos existentes de estos en un trabajo final integrador.

Según el tipo de trabajo a realizar: el tipo de TFI, fue un trabajo de campo, ya que requerimos, después de realizar una búsqueda y revisión bibliográfica, llevar a cabo entrevistas a profesionales para obtener información y respuestas a nuestros supuestos. La bibliografía consultada fue principalmente sobre los distintos aspectos que abarca el trabajo, las definiciones, antecedentes, experiencias previas, y demás información útil que nos sirvió de base para luego salir a campo.

Sin embargo, es un trabajo de campo, ya que, al ser un tema que buscó conocer las intervenciones existentes en CABA y Conurbano, se requirió salir a investigar, relevar y recolectar datos mediante entrevistas.

Según la posición del investigador: nuestra posición como investigadoras fue observacional, ya que en este tipo de diseño, el investigador describe al fenómeno tal como se encuentra y no realiza ninguna modificación ni actúa sobre el mismo, es decir no realiza ninguna intervención. Esto se puede ver en este TFI ya que recolectamos información externa y objetiva a través de las entrevistas, brindada por las TO de las instituciones donde se llevan a cabo las intervenciones, sin modificar la misma.

Según el movimiento del objeto: nuestro trabajo se basó en el movimiento del objeto de forma transversal, ya que al estudiar las intervenciones existentes sobre AVD, se consideró este objeto en un momento determinado (en este caso, solo tomamos intervenciones realizadas en los años 2020 y 2021, en CABA y Conurbano Bonaerense), sin tener en cuenta los cambios o las situaciones que atravesó a lo largo del tiempo. Nuestro resultado propone una foto general de las intervenciones actuales.

CONTEXTO

De acuerdo a la situación actual de público conocimiento que atraviesa el país, este TFI se realizó de forma virtual y a distancia. Tanto el trabajo bibliográfico previo (búsqueda de antecedentes, definición y descripción de conceptos y su relación y justificación con este TFI), como el de campo, se realizaron de forma virtual a través de videollamadas, mails y demás formas de contacto vía internet, ya que no se pudo asistir a dichas instituciones, como forma de prevención y cuidado, tanto nuestro, como de los demás profesionales y pacientes involucrados. A pesar de este contexto, fue posible llevar a cabo el TFI, ya que

logramos ponernos en contacto con distintos profesionales y terapeutas ocupacionales y realizar las entrevistas de forma virtual.

CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO

Todas las intervenciones sobre AVD para pacientes en internación en Salud Mental, entre 35 y 65 años, en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

MUESTRA

El tipo de muestra seleccionada, según Jorge Padua (1994), en el texto "Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales", fue no probabilística por cuotas, considerando quienes se inscriben en gestión pública y privada, de CABA y Conurbano Bonaerense. Dentro de estas, se incluyeron aquellos TO que cumplían los criterios de inclusión y se consideraron todas las intervenciones realizadas por los mismos, tratando de equiparar la cantidad de instituciones de CABA con las del Conurbano Bonaerense (en total 6 públicas y 4 privadas, y 6 en CABA y 4 del Conurbano).

Criterios de inclusión:

- Profesionales de TO que realizan las intervenciones sobre AVD para pacientes entre 35 y 65 años de edad en internación de Salud Mental.
- Profesionales de TO que realicen dichas intervenciones en instituciones dentro de CABA y Conurbano Bonaerense.
- Profesionales de TO que realicen dichas intervenciones en los años 2020 y 2021.
- Profesionales de TO que acepten realizar la entrevista.
- Todas las instituciones donde se llevan a cabo las intervenciones sobre AVD en Terapia Ocupacional para pacientes en internación de Salud Mental, entre 35 y 65 años, en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de terapia ocupacional que realicen las intervenciones sobre AVD a domicilio en pacientes con trastornos mentales, entre 35 y 65 años en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.
- Profesionales de terapia ocupacional que realicen las intervenciones sobre AVD en instituciones sin internación en pacientes con trastornos mentales entre 35 y 65 años en Caba y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

-Instituciones en donde se realicen intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de salud mental, entre 35 y 65 años, externas de CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

-Profesionales de terapia ocupacional que realicen intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de salud mental, que sean menores de 35 o mayores de 65 años.

Durante el proceso de selección de la muestra, se presentaron dos limitaciones. La primera, en relación al tamaño de la misma, por dos razones. En primer lugar, la situación actual de la pandemia que atraviesa el país, ya que debido a ello se nos presentaron varias restricciones para salir a campo y poder llevar a cabo las entrevistas de forma presencial en las instituciones. Por otro lado, también nos resultó complicado establecer los contactos directos con los TO, ya que debido a la no presencialidad, las instituciones no nos brindaron su número o mail para ponernos en contacto con ellos de forma virtual. Y en otras ocasiones, por el mismo motivo mencionado anteriormente, los TO no concurrían presencialmente a las instituciones, cuestión que también nos dificultó el contacto. Creemos que si la situación actual hubiera sido diferente, podríamos haber accedido a un número muestral mayor.

MATRIZ DE DATOS

➤ UNIDAD DE ANÁLISIS:

Cada una de las intervenciones sobre las AVD para pacientes, entre 35 y 65 años, en internación en Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

➤ VARIABLES:

- V1: Etapas del proceso que implementa el TO para intervenir sobre las AVD.
 - Definición operacional: fases del proceso de intervención que realizan los terapeutas ocupacionales entrevistados.
 - Tipo de variable: necesaria.
 - R: implementación de la evaluación sí/no.
implementación de la intervención sí/no.
implementación de los resultados sí/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Realizás la etapa de evaluación del proceso de TO?; ¿Realizás la etapa de intervención del proceso de TO? ¿Realizás la etapa de resultados del proceso de TO?.
- V2: Tipos de instrumentos de evaluación que se administran para evaluar las AVD.

- Definición operacional: instrumentos de evaluación que utilizan los terapeutas ocupacionales entrevistados para evaluar las AVD.
- Tipo de variable: necesaria.
- R: estructurados/no estructurados/ambos/ninguno.
- I: pregunta de la entrevista: ¿Se toman evaluaciones estructuradas para AVD? ¿Se toman evaluaciones no estructuradas para AVD? ¿Se toman ambas para AVD?
- V3: Tipo de abordaje para intervenir sobre las AVD.
 - Definición operacional: formas de llevar adelante las intervenciones sobre AVD que utilizan los terapeutas ocupacionales entrevistados, según sean intervenciones individuales, en grupo, y/o con participación de la familia.
 - Tipo de variable: necesaria.
 - R: abordaje individual si/no.
abordaje grupal si/no.
abordaje familiar si/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Se realiza un abordaje individual? ¿Se realiza un abordaje grupal? ¿Se realiza un abordaje familiar?
- V4: Frecuencia de intervención sobre las AVD.
 - Definición operacional: frecuencia de intervención sobre cada AVD que llevan a cabo los terapeutas ocupacionales durante el tratamiento.
 - Tipo de variable: necesaria.
 - R: a veces/nunca/siempre.
 - I: encuesta a través de la plataforma Google Forms, donde para cada AVD se pregunta con qué frecuencia interviene sobre cada una de ellas.
- V5: Duración de las sesiones de AVD.
 - Definición operacional: tiempo expresado en minutos desde el inicio hasta el final de la sesión.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: 30/40/50/60 minutos, etc...
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Cuánto duran las sesiones?
- V6: Frecuencia semanal de las sesiones de AVD.
 - Definición operacional: cantidad de sesiones que se llevan a cabo por semana con los pacientes.
 - Tipo de variable: suficiente.

- R: 1/2/3/4/más de 4 por semana.
- I: pregunta de la entrevista: ¿Cuántas veces por semana tienen sesión de TO sobre AVD los pacientes?
- V7: Trabajo en equipo para las intervenciones de AVD.
 - Definición operacional: existencia de trabajo en equipo con otras disciplinas según los terapeutas ocupacionales entrevistados.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: si/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Trabaja en equipo con otras disciplinas?
- V8: Disciplinas con las que se trabaja en equipo para las intervenciones de AVD.
 - Definición operacional: consideración de los terapeutas ocupacionales entrevistados sobre las diferentes disciplinas con las que trabaja en equipo.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: trabajo con psiquiatría sí/no.
trabajo con psicología sí/no.
trabajo con médicos sí/no. trabajo
con trabajador social sí/no.
trabajo con AT sí/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Trabaja en equipo con psiquiatría? ¿Trabaja en equipo con psicólogo? ¿Trabaja en equipo con médicos? ¿Trabaja en equipo con una trabajadora social? ¿Trabaja en equipo con un acompañante terapéutico?
- V9: Grupo etario de los pacientes que reciben intervención en AVD.
 - Definición operacional: edad en años de los pacientes que reciben intervención sobre AVD.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: grupo de 35 a 65 años de edad/grupo de 46 a 55 años de edad/grupo de 56 a 65 años de edad.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿En qué grupos etarios se encuentran los pacientes que reciben intervención de TO sobre AVD? De 35 a 45 años/De 46 a 55 años/De 56 a 65 años.
- V10: Sexo biológico de la población atendida que recibe intervención en AVD.
 - Definición operacional: condición de tipo orgánica que diferencia el femenino y masculino, en los pacientes que reciben intervención sobre AVD.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: femenino sí/no.

masculino sí/no.

ambos sí/no.

- I: pregunta de la entrevista: ¿Qué sexo biológico tienen los pacientes que reciben intervención de TO sobre AVD?
- V11: Fase/momento de internación de los pacientes que reciben intervención en AVD.
 - Definición operacional: etapa de internación en la que se encuentran los pacientes que reciben intervención sobre AVD.
 - Tipo de variable: necesaria.
 - R: pacientes agudos sí/no.
pacientes crónicos sí/no.
pacientes pre-alta sí/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Se encuentran pacientes agudos que concurren a TO para recibir intervención en AVD? ¿Se encuentran pacientes en pre-alta que concurren a TO para recibir intervención en AVD? ¿Se encuentran pacientes crónicos que concurren a TO para recibir intervención en AVD?
- V12: Tipo de institución donde se llevan a cabo las intervenciones de TO sobre AVD.
 - Definición operacional: ámbito al que pertenecen las instituciones donde se llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: pública/privada.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Es una institución pública o privada?
- V13: Género autopercibido de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Definición operacional: percepción de género de las terapistas ocupacionales entrevistadas.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: femenino/masculino/otro.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Con qué género te identificas?
- V14: Grupo etario de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Definición operacional: edad en años de los terapistas ocupacionales entrevistados.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: 22/23/24/etc... años.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Qué edad tenés?
- V15: Antigüedad profesional de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.

- Definición operacional: tiempo en años desde el inicio de la profesión de los terapeutas ocupacionales entrevistados, hasta la actualidad.
- Tipo de variable: suficiente.
- R: de 1 a 10 años sí/no.
de 11 a 20 años sí/no.
de 21 a 30 años sí/no.
de 31 a 40 años sí/no.
de 41 a 50 años sí/no.
- I: pregunta de la entrevista: ¿Cuál es tu antigüedad como profesional de TO? Se le brindan a los TO los grupos etarios, y cada uno selecciona el que le corresponde.
- V16: Antigüedad en la institución de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Definición operacional: tiempo en años desde el inicio de la profesión en la institución, de los terapeutas ocupacionales entrevistados, hasta la actualidad.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: menos de un año sí/no.
de 1 a 10 años sí/no.
de 11 a 20 años sí/no.
de 21 a 30 años sí/no.
de 31 a 40 años sí/no.
de 41 a 50 años sí/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Cuál es tu antigüedad en la institución como TO?. Se le brindan a los TO los grupos etarios, y cada uno selecciona el que le corresponde.
- V17: Cargo en la institución de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Definición operacional: puesto que ocupan en la institución los terapeutas ocupacionales entrevistados.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: sí/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Cuál es tu cargo en la institución?. Se le brindan a los TO las siguientes opciones, y cada uno selecciona la que le corresponde: Terapeuta ocupacional/Jefe del servicio/Director/Otros.
- V18: Formación específica en Salud Mental de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Definición operacional: existencia de especialización en el área de salud mental por parte de los terapeutas ocupacionales entrevistados.

- Tipo de variable: suficiente.
- R: si/no.
- I: pregunta de la entrevista: ¿Tenés alguna formación específica en salud mental de terapia ocupacional?
- V19: Tipo de formación específica en Salud Mental de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD.
 - Definición operacional: las diferentes formaciones específicas de salud mental en TO que hayan realizado los terapeutas ocupacionales entrevistados.
 - Tipo de variable: suficiente.
 - R: posgrado sí/no.
curso sí/no.
otros sí/no.
 - I: pregunta de la entrevista: ¿Qué tipo de formación específica de Salud Mental en TO realizaste?. Se le brindan a los TO las opciones, y cada uno selecciona la que le corresponde.

➤ EJES DE ANÁLISIS

- Eje 1: Modelos de intervención utilizados en AVD.
 - Indicador: ¿Qué modelos de intervención utilizan las TO para trabajar sobre las AVD?
 - Definición operacional: modelos de intervención que utilizan las Terapeutas Ocupacionales para trabajar sobre las AVD.
- Eje 2: Lugar de intervención donde se llevan a cabo las sesiones de TO sobre AVD.
 - Indicador: ¿En qué lugares se llevan a cabo las sesiones de TO sobre AVD?
 - Definición operacional: lugares o espacio físico donde se llevan a cabo las intervenciones sobre AVD en Terapia Ocupacional dentro de la institución.
- Eje 3: Trastornos mentales que suelen presentar los pacientes que reciben intervención de TO sobre AVD.
 - Indicador: ¿Qué trastornos mentales suelen presentar los pacientes que reciben intervención sobre las AVD en Terapia Ocupacional según el TO?
 - Definición operacional: trastornos mentales que suelen presentar las personas que reciben intervenciones de TO sobre AVD.
- Eje 4: Modalidad de intervención de TO sobre AVD.
 - Indicador: ¿Cómo es una intervención típica? ¿Qué estrategias se utilizan? ¿Qué medios terapéuticos se utilizan?

- Definición operacional: los medios terapéuticos y las estrategias que utilizan las Terapistas Ocupacionales para llevar a cabo intervenciones típicas sobre AVD.
- Eje 5: Fuente de derivación para la intervención de TO sobre AVD.
 - Indicador: ¿Cómo llega el paciente a la intervención de Terapia Ocupacional sobre las AVD?
 - Definición operacional: referido a las fuentes de derivación por las que llegan los pacientes a las intervenciones de Terapia Ocupacional sobre AVD.
- Eje 6: Obstáculos para la intervención de TO sobre AVD.
 - Indicador: ¿Considera que hay obstáculos en las intervenciones sobre AVD? ¿Cuáles son?
 - Definición operacional: refiere los obstáculos que se pueden presentar en las intervenciones de Terapia Ocupacional sobre AVD.

FUENTES

Nuestras fuentes de información fueron las TO que trabajan en estas instituciones. Por lo tanto, fueron una fuente de tipo secundaria directa, ya que nos brindaron datos directos obtenidos por ellas o por la institución donde se encuentran. Los datos fueron sobre las intervenciones de AVD, sus modalidades, tipos de intervenciones y las evaluaciones, marcos y modelos que utilizan los mismos, etc.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN Y/O REGISTRO

Como instrumento se utilizó la entrevista con los TO de las instituciones. Según Bottinelli (2003), es una situación cara a cara de al menos 2 personas, donde uno recolecta la información que el otro le brinda. Es importante generar un clima de confianza, manteniendo el anonimato y la confidencialidad.

Nuestra entrevista fue dirigida, formalizada (ya que tiene mayor sistematicidad por parte del entrevistador, hubo un set de preguntas escritas y un cuestionario, y se permitió la repregunta), semiestructurada (ya que a pesar de tener una serie de preguntas, se dejó la posibilidad de repreguntar o incluir otras preguntas), individual y/o grupal (ya que fuimos las 3 integrantes del grupo junto a la o las TO de las instituciones). El modo de implementación, debido a la situación actual, fue a través de videollamadas o vía mail ya que no se pudo asistir a la instituciones.

Previo a las entrevistas, se envió una encuesta a los terapeutas ocupacionales mediante la plataforma Google Forms, compuesta por un cuestionario sobre la frecuencia de intervención en cada

una de las AVD del Marco de Trabajo (por ejemplo, ¿con qué frecuencia interviene en la AVD "alimentación": siempre/a veces/nunca), ya que consideramos que la plataforma fue más dinámica y facilitadora para el tipo de pregunta en cuestión, y de esta forma también evitar la pérdida de fluidez al momento de la entrevista.

Con respecto a la entrevista, se debe tener en cuenta que a lo largo de la elaboración de la misma se le realizaron modificaciones de acuerdo a las dificultades observadas al ponerla en práctica en el pilotaje y al intentar adecuarla al máximo al marco teórico y objetivos de la investigación. Se buscó imponer un criterio de objetividad y obtener toda la información necesaria, en aquellos casos donde las entrevistadoras debimos seleccionar una respuesta específica de acuerdo a lo expresado más ampliamente por el entrevistado (es decir, colocar la respuesta dentro de los valores previamente acordados).

ASPECTOS ÉTICOS

Fue de suma importancia tener en cuenta ciertos aspectos éticos. Aunque no se interactuó directamente con ningún paciente en específico ni se tuvo contacto con ellos, se creyó necesario preservar algunos datos, para mantener la confidencialidad, intimidad, y seguridad de las personas involucradas. Para esto, se confeccionó un consentimiento informado destinado a los TO de las instituciones, para informar que aquello recolectado y obtenido será utilizado exclusivamente para fines académicos, que la decisión de participar será libre, voluntaria, y autónoma. Debido a la situación actual del país, el consentimiento se envió de forma electrónica, requiriendo que los destinatarios lo envíen con firma digital. Se adjunta en "Anexos" el modelo de consentimiento informado.

ANÁLISIS Y SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Al ser un TFI que combinó lo cualitativo y cuantitativo, se utilizaron recursos de análisis combinando ambas características.

Como forma de procesamiento de los datos cuantitativos que se obtuvieron a partir de las entrevistas a las TO de las instituciones, en primer lugar, se realizaron las desgrabaciones de las mismas, que fueron realizadas mediante videollamadas con las profesionales. La desgrabación y transcripción se

realizó en el programa inespecífico Microsoft Word, respetando estrictamente los dichos de las entrevistadas. Para esto, se creó un archivo llamado “ENTREVISTAS DESGRABADAS”, donde se encuentran todas ellas, en orden según cuándo fueron realizadas, aclarando quién es la TO, institución y fecha de la entrevista. Se colocó, en todos los casos, primero la pregunta, y debajo la respuesta textual del entrevistado. Las entrevistas se encuentran en el Anexo.

Luego de tener todas las entrevistas desgrabadas, se procedió a la sistematización de datos cuantitativos. Para ello, se creó en primer lugar, un “libro de códigos”; se realizó una tabla para cada variable, en el programa Microsoft Word, donde en las filas se dispusieron todos los posibles valores que aquella variable podría tomar, y en la columna un código para cada uno de ellos. Esto se repitió para las 19 variables de la matriz de datos. Con la misma modalidad se realizaron las tablas para la variable “Frecuencia de intervención sobre las AVD”. Estos datos fueron recolectados mediante la encuesta de Google Forms. Para esta variable se realizaron 9 tablas; una para cada AVD. En cada tabla se encuentra el nombre de la AVD; cada fila corresponde a los posibles valores que la variable podía tomar, y en las columnas respectivas se dispuso el código que cada valor adquirió.

Esto se realizó para codificar cada uno de los valores posibles de cada variable, a modo de organizar, sistematizar y facilitar el análisis de los datos. A continuación, se encuentra un ejemplo de cada tipo de tabla confeccionada. Todas las tablas se encuentran en Anexos.

VARIABLE 1 (V1)	VALORES	CODIFICACIÓN
Etapas del proceso que implementa el TO para intervenir sobre las AVD.	Etapa de evaluación	1
	Etapa de intervención	2
	Etapa de resultados	3

FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA AVD “BAÑARSE/DUCHARSE”	VALORES	CODIFICACIÓN
	SIEMPRE	S
	A VECES	A
	NUNCA	N

Luego de las mencionadas tablas, se creó una planilla utilizando el programa inespecífico Microsoft Excel, compuesta por dos hojas que contiene la sistematización de estos datos, utilizando los códigos correspondientes de cada valor, según las respuestas de los entrevistados.

En la primera hoja, se realizó la tabla para las variables de la matriz de datos, y en la segunda hoja se realizó otra tabla para la variable “Frecuencia de intervención sobre las AVD”.

En la primera hoja, la tabla está compuesta por filas y columnas; cada fila corresponde a cada profesional entrevistado, especificando su nombre y el nombre de la institución. Las columnas corresponden a cada una de las variables. Para su relleno se analizó cada entrevista y se colocó el código de la respuesta en el casillero correspondiente a esa variable.

		CODIFICACION PARA LAS RESPUESTAS DE LAS VARIABLES																	NA=NO APLICA
ENTREVISTADO		V1	V2	V3	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19
5	LUCIANA COVRE-HOSPITAL MOYANO	1; 2; 3	3	1; 2; 3	2; 4	2; 3	1	1; 2; 4	1; 2; 3	1	1; 2; 3	1	1	2	2	3	1	2	NA
6	VANESA BORDACHAR-CLINICA SANTA LAURA	1; 2; 3	4	1; 2	2; 4	3	1	1; 2	1; 2; 3	3	3	2	1	2	2	2	1	2	NA
7	SOFIA ZABALETA-HOSPITAL ALVAREZ	1; 2	3	1; 2	4	3	1	1; 2; 4	1; 2; 3	2	1; 2; 3	1	1	1	1	2	1	3	
8	MARIANA BOTTINI-CLINICA FLORES	1; 2	2	1; 2	1; 4; 5	1	1	1; 2; 4; 5; 6	1; 2; 3	3	1; 2; 3	2	1	1	1	1	1	2	NA
9	ESTEFANIA ALVAREZ-CLINICA PRIVADA BANFIELD	1; 2; 3	3	1; 2; 3	1; 2; 4	3	1	1; 2; 3; 4; 6	1; 2	3	1; 2; 3	2	1	2	1	2	1	2	
10	FEDERICO GENISE-CLINICA PRIVADA BANFIELD	1; 2; 3	3	1; 2	2; 4	5	1	1; 2; 4; 6	1; 2; 3	3	1; 2; 3	2	2	1	1	1	1	2	NA
11	MARINA CASTRO- CLINICA SANTA ELIZABETH	2; 3	4	2; 3	5	1	1	2; 3; 7	1; 2; 3	3	1; 2; 3	2	1	1	1	2	1	2	
12	LILIANA MANCHINI- CLINICA SANTA ROSA	2; 3	3	2	1	5	1	1; 2; 4; 6; 7	1; 2; 3	3	1; 2	2	1	4	5	4	4	1	2
13	MARIA FLAVIA BORDONI- HOSPITAL BORDA	1; 2; 3	2	1; 2; 3	1; 2	4	1	1; 2; 4; 5; 6; 7	1; 2; 3	2	1; 2; 3	1	1	2	1	2	1	1	1; 2
14	ALDANA ZAVAGNA- HOSPITAL NACIONAL COLONIA MONTES DE OCA	1; 2	3	2	5	3	1	2; 4	1; 2; 3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	NA
15	MARIA LORENA SENESE- HOSPITAL NACIONAL COLONIA MONTES DE OCA	1; 2; 3	2	1; 2	1; 5	2	1	1; 2; 4; 5; 6; 7	1; 2; 3	1	3	1	1	2	1	2	1	2	NA
16	SUSANA FERNANDA MOMENTI- HOSPITAL BORDA	1; 2; 3	3	1; 2; 3	5	5	1	1; 2; 4; 6; 7	1; 2; 3	2	2; 3	1	1	4	3	3	1; 4	1	3
17	CAMILA TEVES- HOSPITAL ESTEVES	1; 2	3	1; 3	1	2; 3; 5	1	1; 2; 4; 6	1; 2; 3	1	1; 2	1	1	1	1	2	4	1	1
18	GISELLA JIMENEZ- HOSPITAL ESTEVES	1; 2; 3	3	1; 2; 3	1; 2	5	1	1; 2; 4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1

En el caso de la hoja dos, cada fila corresponde a cada profesional entrevistado, especificando su nombre y el nombre de la institución; y cada columna corresponde a cada una de las AVD. Para su relleno se analizó cada encuesta del Google Forms, y se colocó el código de la respuesta en el casillero correspondiente a esa AVD.

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	CODIFICACIÓN PARA LAS RESPUESTAS DE LA VARIABLE "FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS AVD"											
2												
3	ENTREVISTADO	AVD 1	AVD 2	AVD 3	AVD 4	AVD 5	AVD 6	AVD 7	AVD 8	AVD 9		
5	LUCIANA COVRE- HOSPITAL MOYANO	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
6	VANESA BORDACHAR-CLINICA SANTA LAURA	A	A	S	A	S	A	A	S	A		
7	SOFIA ZABALETA-HOSPITAL ALVAREZ	S	A	S	N	S	A	A	S	N		
8	MARIANA BOTTINI-CLINICA FLORES	A	A	A	N	A	N	A	A	A		
9	ESTEFANIA ALVAREZ-CLINICA PRIVADA BANFIELD	S	A	S	N	S	N	A	S	A		
10	FEDERICO GENISE-CLINICA PRIVADA BANFIELD	A	A	A	N	S	A	A	S	N		
11	MARINA CASTRO- CLINICA SANTA ELIZABETH	A	N	A	N	A	A	A	A	N		
12	LILIANA MANCHINI- CLINICA SANTA ROSA	A	N	A	N	A	A	A	A	A		
13	MARIA FLAVIA BORDONI- HOSPITAL BORDA	S	A	A	A	S	A	S	S	A		
14	ALDANA ZAVAGNA- HOSPITAL NACIONAL COLONIA MONTES DE OCA	N	A	A	S	S	A	A	S	A		
15	MARIA LORENA SENESE- HOSPITAL NACIONAL COLONICA MONTES DE OCA	A	A	A	A	S	A	A	A	A		
16	SUSANA FERNANDA MOMENTI- HOSPITAL BORDA	S	A	S	A	S	N	S	S	A		
17	CAMILA TEVES- HOSPITAL ESTEVES	A	N	A	A	A	A	A	A	A		
18	GISELLA JIMENEZ- HOSPITAL ESTEVES	A	A	A	A	A	A	S	S	A		

Por otro lado, para el procesamiento de los datos cualitativos, se utilizaron las mismas entrevistas, grabaciones y transcripciones que en los datos cuantitativos.

Para su sistematización, se realizó una tabla para cada eje de análisis, en el programa inespecífico Microsoft Word. Cada una de ellas contiene el nombre del eje; la primera columna contiene el nombre e institución de cada profesional entrevistado, al que le corresponde una fila; la segunda columna corresponde a las respuestas que dieron los entrevistados sobre el eje en cuestión.

EJE 6: Obstáculos para la intervención de TO sobre AVD.	ENTREVISTADO	RESPUESTA
	Luciana Covre - Hospital Moyano.	"Depende del paciente a evaluar. Es un área muy sensible, y en determinadas ocasiones, las mismas expresan molestia cuando se les pregunta o se les indica realizar la actividad"
	Vanesa Bordachar - Clínica Santa Laura.	"Si, la falta de colaboración de enfermería"
	Sofia Zabaleta - Hospital Álvarez.	"Si, falta de recursos o espacio físico. Más que nada en pandemia, con la distancia. Los grupos están más reducidos y no asisten todos a la actividad"
	Mariana Bottini - Clínica Flores.	"Un montón, lo institucional desde lo que es rutinas y tiempos institucionales que no permiten que uno intervenga de modo que todo se atrase. Pasa en todas las instituciones. Infiuye también el tiempo que hace que están y la cronicidad, porque si son crónicos hay cosas que no valen la pena trabajar como están dadas por la"

Después, se realizó la etapa de resultados en donde se caracterizó la población, y se indicaron los porcentajes de los valores de las variables, en conjunto con gráficos para una mejor comprensión e interpretación.

Por último, se presentaron los objetivos y supuestos relacionándolos con los resultados obtenidos de las variables, para luego llegar a las conclusiones requeridas.

RESULTADOS:

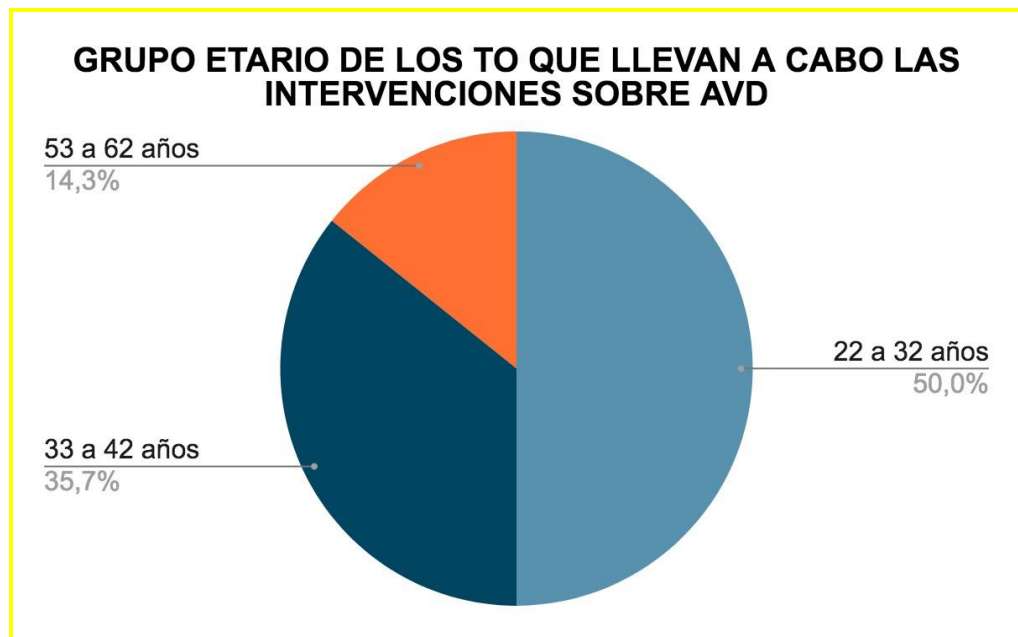
Caracterización de la población:

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por un total de 14 terapistas ocupacionales, que realizan intervenciones sobre las AVD para pacientes entre 35 y 65 años en internación de salud mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

A partir de los datos observados, del total de los terapistas ocupacionales entrevistados, 8 de 14 (el 57,14%) llevan a cabo dichas intervenciones en instituciones ubicadas en CABA, mientras que las 6 restantes (el 42,85%) lo realizan en instituciones del Conurbano Bonaerense. Según los datos obtenidos, 8 de las 14 instituciones (el 57,14%) donde se llevan a cabo dichas intervenciones son públicas, y las 6 restantes (el 42,85%), privadas.

Con respecto al género autopercebido de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD, 13 de ellos (92,85%) se auto percibieron con el género femenino, y uno (7,14%) con el masculino.

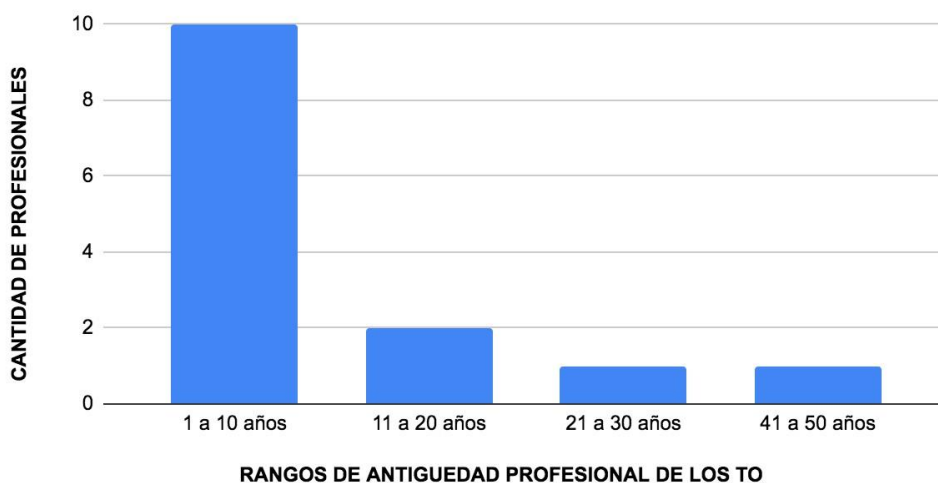
En cuanto al grupo etario de los terapistas ocupacionales que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD, en el grupo de 22 a 32 años, se ubicaron a 7 terapistas ocupacionales (50%); en el grupo de 33 a 42 años, 5 terapistas ocupacionales (35,71%), en el de 43 a 52 años, ninguno y en el de 53 a 62 años, 2 terapistas ocupacionales (14,29%). Se puede observar que la mitad de la muestra se conforma con personas ubicadas en el menor rango de edad, siendo así que aquellos con mayor edad abarcan el menor porcentaje.



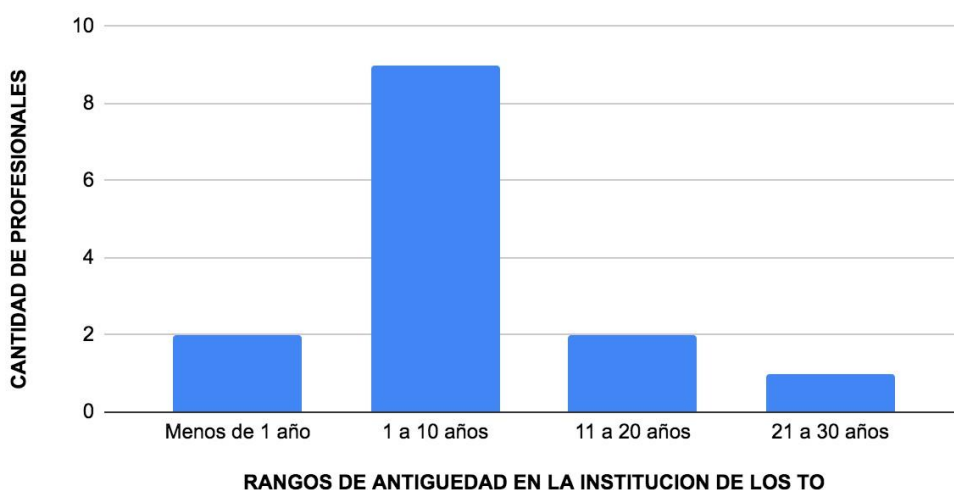
En relación a la antigüedad profesional de los mismos, en el grupo de 1 a 10 años de antigüedad se ubicaron 10 terapeutas ocupacionales (el 71,43%); en el grupo de 11 a 20 años, se ubicaron 2 profesionales (14,29%); en el grupo de 21 a 30 años, un TO (7,14%); en el grupo de 31 a 40 años, ningún profesional; y en el grupo de 41 a 50 años, 1 profesional (7,14%).

De acuerdo a la variable antigüedad en la institución de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD, en el grupo de menos de 1 año, se encontraron 2 TO (14,29%); en el grupo de 1 a 10 años, se encontraron 9 TO (64,29%); en el grupo de 11 a 20 años, se encontraron 2 TO (14,29%); en el grupo de 21 a 30 años, un solo TO (7,14%). En los grupos restantes (31 a 40 años, y 41 a 50 años) no se encontró ningún TO.

ANTIGUEDAD PROFESIONAL DE LOS TO QUE LLEVAN A CABO LAS INTERVENCIONES SOBRE AVD



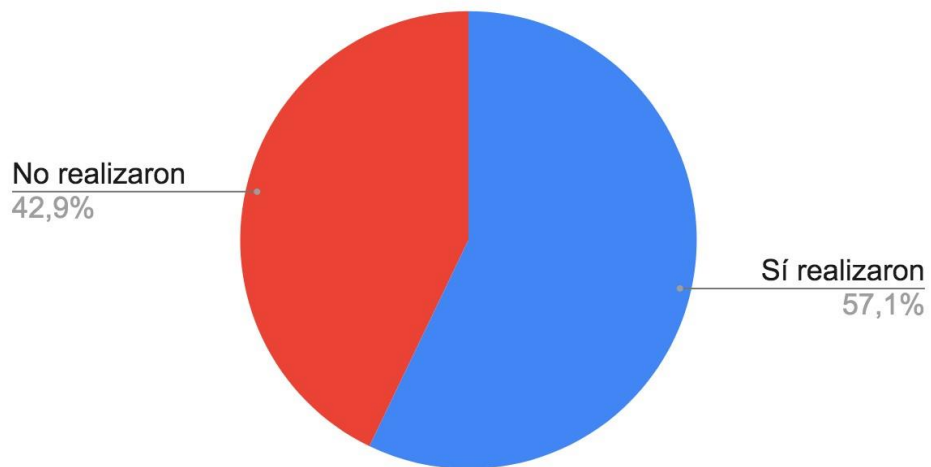
ANTIGUEDAD EN LA INSTITUCION DE LOS TO QUE LLEVAN A CABO LAS INTERVENCIONES SOBRE AVD



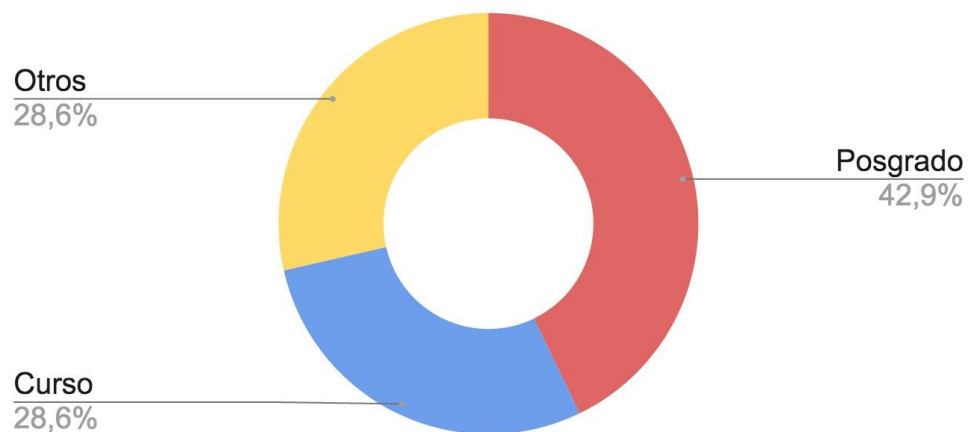
Según el cargo en la institución de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD, 12 profesionales tienen el cargo de "terapeuta ocupacional", y 2 profesionales tienen otros cargos.

Con respecto a la formación específica en Salud Mental de los TO que llevan a cabo las intervenciones sobre AVD, 8 de ellos la realizaron, los 6 restantes no. De los 8 TO que realizaron alguna formación específica, 3 de ellos realizaron un posgrado, 3 hicieron cursos y 2 indicaron otros tipos de formación.

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN SALUD MENTAL DE LOS TO QUE LLEVAN A CABO LAS INTERVENCIONES SOBRE A...



TIPO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA EN SALUD MENTAL DE LOS TO QUE LLEVAN A CABO LAS INTERVENCIONES SOBRE AVD



Presentación de los objetivos

Para cumplir el objetivo general que buscaba *“caracterizar las intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de salud mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021”* se presentan resultados de los siguientes objetivos específicos.

Con respecto al objetivo específico que buscaba *identificar las etapas del proceso de intervención de TO sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021*, y que se relaciona con el supuesto *“la mayoría de los terapeutas ocupacionales llevan a cabo todas las etapas del proceso de intervención sobre las AVD en*

Terapia Ocupacional", se utilizó la variable "etapas del proceso que implementa el TO para intervenir sobre las AVD", donde se indagó cuál o cuáles de las tres etapas del proceso de TO (según el Marco de Trabajo) realizaban los encuestados.

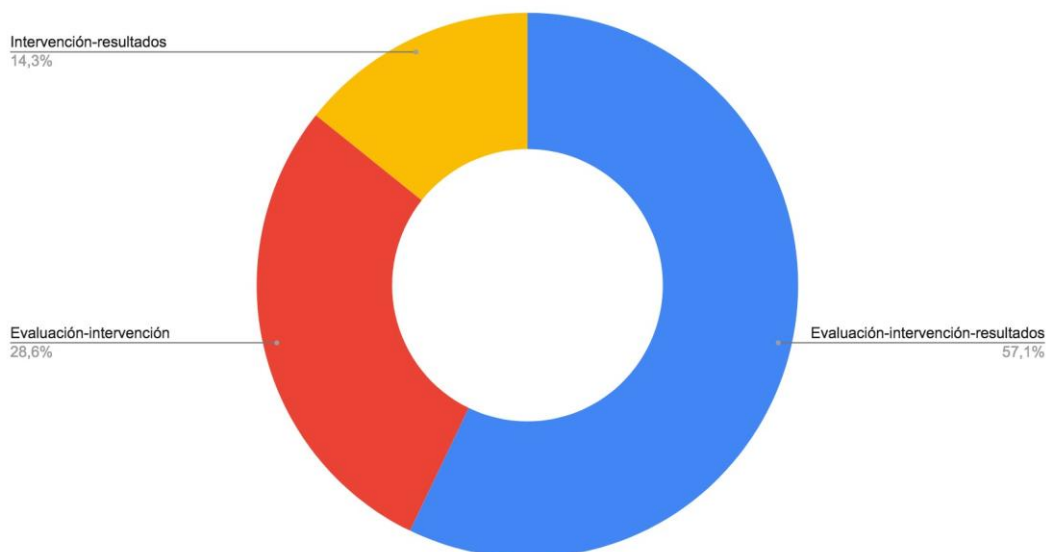
De acuerdo con las respuestas obtenidas, 8 profesionales realizan las 3 etapas del proceso; 4 realizan la evaluación y la intervención; y 2 realizan las etapas de intervención y resultados. En relación al supuesto, este se cumple parcialmente, ya que se creyó que la mayoría de los profesionales realizaban las 3 etapas; y se obtuvo que 8 de los 14 (57,14%, más de la mitad) las realizan.

Esto confirma el supuesto, ya que para llevar a cabo una intervención más completa y ver de una forma más holística al paciente, es necesario realizar las tres etapas que conlleva el proceso para poder obtener lo necesario de cada una de ellas.

TÍTULO:etapas del proceso llevadas a cabo para la intervención sobre las AVD.	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA PORCENTUAL	FRECUENCIA DE PORCENTAJES ACUMULADOS
EVALUACIÓNINTERVENCIÓNRESULTADOS	8	0,6	60%	60
EVALUACIÓN-INTERVENCIÓN	4	0,3	30%	90
INTERVENCIÓNRESULTADOS	2	0,1	10%	100
TOTAL	14	1	100%	

N=14.

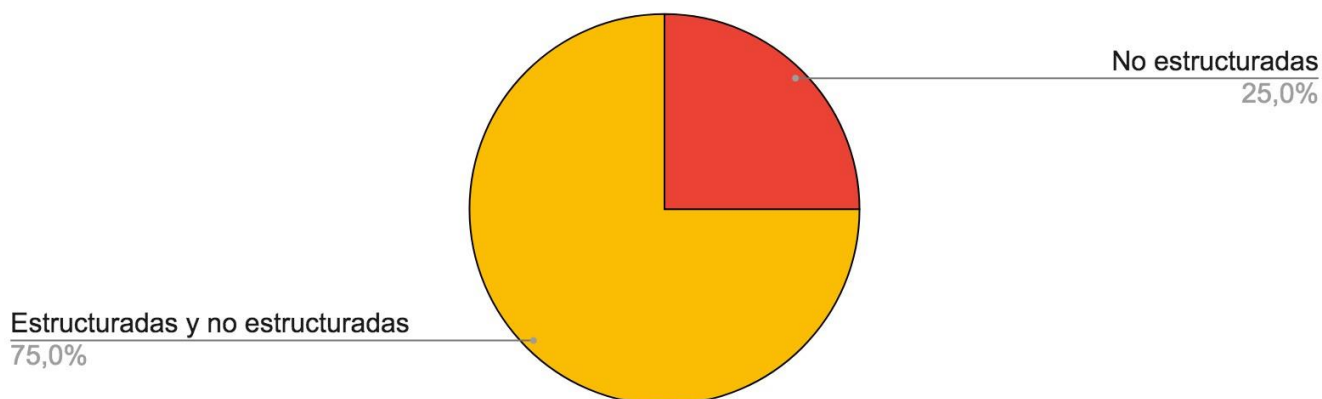
ETAPAS DEL PROCESO LLEVADAS A CABO PARA LA INTERVENCION SOBRE LAS AVD



N=14

En cuanto al objetivo específico que buscó **identificar los tipos de evaluación que se utilizan en las intervenciones sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, relacionado al supuesto “la mayoría de los terapeutas ocupacionales utilizan evaluaciones para las AVD”, se utilizó la variable “tipos de instrumentos de evaluación que se administran para evaluar las AVD”. Según las respuestas obtenidas, 3 profesionales realizan evaluaciones no estructuradas, 9 realizan evaluaciones estructuradas y no estructuradas, y 2 no realizan ninguna evaluación. Se evidenció que ningún entrevistado realiza únicamente evaluaciones estructuradas. En cuanto al supuesto, este se cumple parcialmente, ya que no todos los entrevistados realizan la etapa de evaluación (14,3% no lo realizan). Sin embargo, este porcentaje representa a la minoría de la muestra ya que la etapa de evaluación es una parte fundamental del proceso. Del 85,7% que sí la realizan, se obtuvo que la mayoría (75%) realizan evaluaciones estructuradas y no estructuradas y el 25% restante, solo no estructuradas.

TIPOS DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN QUE SE ADMINISTRAN PARA EVALUAR LAS AVD



N=12

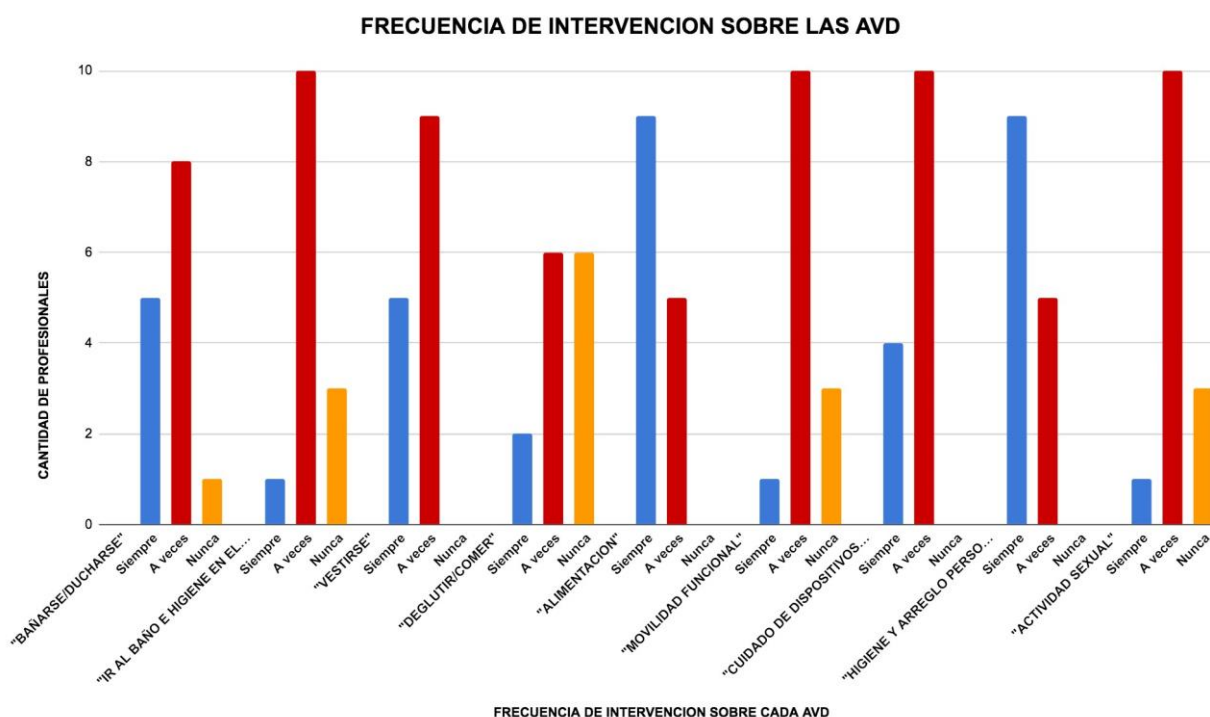
Para indagar acerca del tercer objetivo específico que buscó **identificar las fuentes de derivación de los pacientes que reciben intervenciones de TO sobre AVD en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, que se relaciona con el supuesto “la mayoría de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD concurren a Terapia Ocupacional por derivación de un médico u otro profesional de la salud, como por ejemplo un psicólogo”, se utilizó el eje “fuente de derivación para la intervención de TO sobre AVD”. Según las respuestas de los entrevistados, las fuentes de derivación son variadas. Generalmente, suelen tomar las decisiones los miembros de los equipos interdisciplinarios de las instituciones. También se mencionó que puede ser decisión voluntaria del paciente, en conjunto con su equipo médico. Sin embargo, algunos entrevistados refirieron que son los mismos TO quienes se acercan a los pacientes para intervenir, en vez de recibir la derivación de otro profesional. En una entrevista se manifestó

“el paciente vive en el dispositivo al cual yo voy a ejercer mi rol. No hay ninguna derivación, es una intervención más por parte del equipo que los trata”. (mujer, T.O., hospital Borda, 56 años). También, se mencionó *“lo construyó con el equipo interdisciplinariamente también con enfermería, así que no es que trabajo con una derivación en particular, sino más bien a partir de la admisión de los pacientes que hacemos en conjunto (...)” (mujer, T.O., hospital Borda, 35 años).*

En cuanto al supuesto, se cumple parcialmente ya que las derivaciones son otorgadas por médicos o profesionales de la salud, pero también se obtuvieron otras fuentes de derivación como pueden ser las necesidades y preocupaciones de la familia, o decisión propia de los T.O.

En cuanto al objetivo específico que buscó **identificar las AVD en las que intervienen con más frecuencia los TO para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, y que se relaciona con el supuesto: **"la AVD sobre la que más se interviene es higiene y arreglo personal"**, se utilizó la variable "frecuencia de intervención sobre las AVD", y se indagó mediante una encuesta a través de Google Forms, donde los entrevistados manifestaban con que frecuencia (siempre, a veces, nunca) intervienen en cada una de las AVD del Marco de Trabajo. Con respecto a la AVD "bañarse/ ducharse", 5 TO respondieron "siempre" (35,7%), 8 TO respondieron "a veces" (57,1%), y un TO respondió "nunca" (7,1%).

En relación a la AVD "ir al baño e higiene en el inodoro", 1 TO respondió "siempre", 10 TO respondieron "a veces" y 3 TO respondieron "nunca". Acerca de la AVD "vestirse", 5 TO respondieron "siempre" y 9 TO respondieron "a veces". Ningún entrevistado respondió "nunca". Con respecto a la AVD "deglutir/comer", 2 TO respondieron "siempre", 6 TO respondieron "a veces" y 6 TO respondieron "nunca". Sobre la AVD "alimentación", 9 TO respondieron "siempre" y 5 TO respondieron "a veces". Para la AVD "movilidad funcional", 1 TO respondió "siempre", 10 TO respondieron "a veces" y 3 TO respondieron "nunca". Acerca de la AVD "cuidado de los dispositivos de atención personal", 4 TO respondieron "siempre" y 10 TO respondieron "a veces". Con respecto a la AVD "higiene y arreglo personal", 9 entrevistados (64,29%) respondieron "siempre" y 5 (37,61%) respondieron "a veces". Finalmente, para la AVD "actividad sexual", 1 TO respondió "siempre", 10 TO respondieron "a veces" y 3 TO respondieron "nunca".



Estos resultados se relacionan, de acuerdo a información obtenida, por ejemplo con los obstáculos mencionados por los profesionales, ya que en situaciones es la propia institución la que no brinda los espacios adecuados para llevar a cabo ciertas intervenciones, o no se cuentan con los materiales necesarios, tiempo, recursos, etc. También tiene relación con las necesidades propias que presenta cada paciente y de sus objetivos terapéuticos. Sin embargo, se evidenció que estos resultados no varían según la ubicación geográfica de las instituciones (es decir, si las mismas son de CABA o Conurbano). Si se observaron variaciones según las particularidades de cada institución, sus normativas y lineamientos.

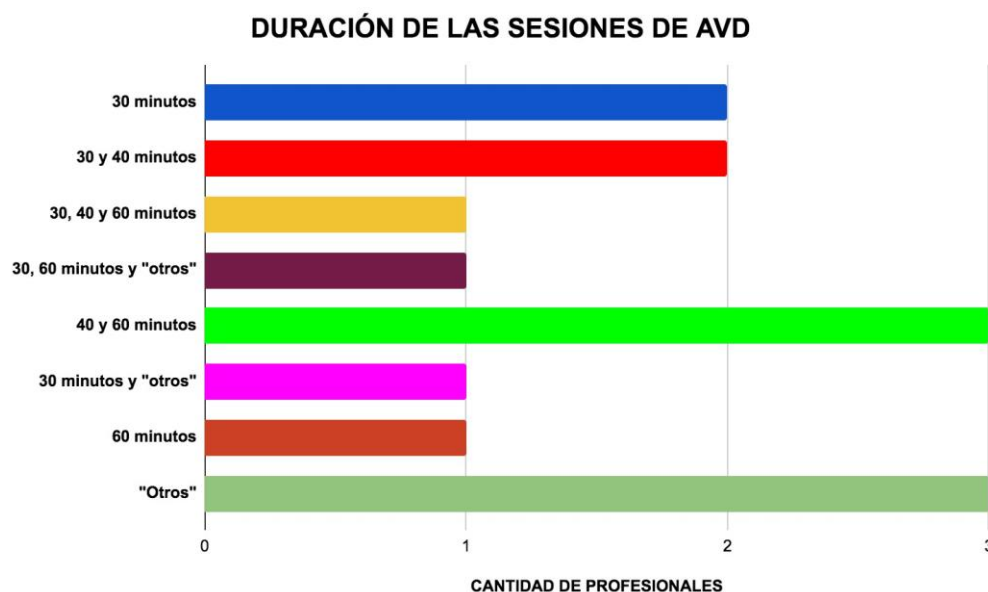
En cuanto al supuesto *"la AVD sobre la que más se interviene es higiene y arreglo personal"*, este se confirma, ya que la AVD higiene y arreglo personal es en la que más se interviene junto con la AVD alimentación, ya que comparten el mismo porcentaje en la respuesta "siempre" (64,29%).

Con respecto al quinto objetivo específico que buscó ***identificar los modelos utilizados para guiar las intervenciones sobre las AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021***, y que se relaciona con el supuesto: *"la mayoría de los terapeutas ocupacionales toman conceptos de varios modelos para las intervenciones sobre AVD"*, se utilizó el eje de análisis "modelos de intervención utilizados en AVD". De acuerdo a las respuestas de los TO entrevistados, se evidenció una tendencia en la utilización del MOHO (modelo de la ocupación humana), que fue nombrado por 9 entrevistados (64,29%). Sin embargo, la mayoría de los profesionales manifestaron utilizar conceptos de varios modelos, combinándolos para abarcar la integridad de los pacientes, tal como se mencionó en el supuesto. Uno de los TO entrevistados manifestó *"me nutro de varios y diversos modelos de la TO. Particularmente como trabajo en salud mental, la realidad es que más allá de que el MOHO en algunos aspectos me nutre mucho de pensar las ocupaciones en cada uno de los sujetos, el KAWA también hay algunos conceptos que me gustan mucho, el modelo canadiense también..."* (mujer, T.O., Hospital Borda, 35 años).

Otra de las entrevistadas refirió *"Desde el fundamento teórico nosotras lo pusimos desde el marco de trabajo y el modelo va a ir cambiando porque cada individuo es distinto. Si yo te digo lo que dice el trabajo es Modelo Canadiense y MOHO. Ahora, hay veces que inevitablemente requerimos de un marco conductual, cognitivo, rehabilitador, o modelo"* (mujer, T.O, Hospital Moyano, 42 años). Otros modelos nombrados fueron de rehabilitación psicosocial, modelo de calidad de vida, entre otros.

Para el objetivo que buscó **describir la modalidad de intervención de TO sobre las AVD para pacientes en internación de salud mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, y que se relaciona con el supuesto: *"la mayoría de los terapeutas ocupacionales llevan a cabo una modalidad de intervención sobre las AVD basada en roleplaying y/o guía verbal"*, se utilizaron las variables "duración de las sesiones de AVD", "frecuencia semanal de las sesiones de AVD", "trabajo en equipo para las intervenciones sobre AVD", y la variable "disciplinas con las que se trabaja en equipo para las intervenciones sobre AVD". También se utilizaron los ejes "lugar de intervención donde se llevan a cabo las sesiones de TO sobre AVD" y "modalidad de intervención de TO sobre AVD".

En cuanto a la duración de las sesiones, la mayoría de los entrevistados manifestó que esto dependía de las características y el estado del paciente al momento de la sesión. Dos entrevistados respondieron "30 minutos"; dos TO respondieron "30 minutos" y "40 minutos"; un solo entrevistado manifestó "30 minutos", "40 minutos" y "60 minutos"; otro TO respondió "30 minutos", "60 minutos" y "otros"; 3 entrevistados dijeron "40 minutos" y "60 minutos"; otro TO manifestó "30 minutos" y "otros"; un entrevistado respondió "60 minutos"; y los últimos 3 entrevistados respondieron "otros".



N=14

De acuerdo a la frecuencia semanal de las sesiones de AVD, dos entrevistados (14,29%) respondieron "1 vez por semana"; un TO (7,14%) respondió "2 veces por semana"; cuatro entrevistados (28,57%) manifestaron "3 veces por semana"; un TO (7,14%) respondió "4 veces por semana"; cuatro entrevistados (28,57%) respondieron "más de 4 veces por semana"; un TO (7,14%) respondió "2 veces por semana", "3 veces por semana" y "más de 4 veces por semana"; el último entrevistado (7,14%)

respondió "2 veces por semana" y "3 veces por semana". A partir de estos datos se logró observar que se suele intervenir con más frecuencia 3 veces por semana, o más de 4 veces por semana.

Sobre la variable de trabajo en equipo, todos (100%) los entrevistados respondieron que sí trabajan en equipo.

En cuanto a las disciplinas, un entrevistado (7,14%) respondió "psiquiatría y psicología"; tres entrevistados (21,43%) respondieron "psiquiatría, psicología y trabajo social"; uno (7,14%) respondió "psiquiatría, psicología, trabajo social, acompañante terapéutico y enfermería"; otro (7,14%) respondió "psiquiatría, psicología, médico, trabajo social, enfermería"; dos entrevistados (14,29%) respondieron "psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería"; uno (7,14%) respondió "psicología, médico y otros"; dos (14,29%) respondieron "psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y otros"; dos entrevistados (14,29%) respondieron "psiquiatría, psicología, trabajo social, acompañante terapéutico, enfermería y otros"; y el último (7,14%) dijo "psicología y trabajo social".

En general, pudimos ver en las respuestas a los entrevistados que las disciplinas como psiquiatría y psicología son las que predominan, siendo estas mencionadas siempre. También, al evidenciar que todos trabajan en equipo, lo relacionamos con la característica de estar en un dispositivo de internación de salud mental, lo que nos hace pensar que ambas disciplinas son las que predominan en este tipo de instituciones. En cuanto a las otras disciplinas, van a depender de la institución y sus normativas. Sin embargo, como dijimos anteriormente, la totalidad de los entrevistados trabajan en equipo.

En cuanto al eje de análisis "lugar de intervención donde se llevan a cabo las sesiones de TO sobre AVD", la mayoría de los entrevistados respondió que se llevan a cabo en consultorios, y a veces en espacios comunes, como dormitorio, comedor, baño, etc. La mayoría también refirió que esto depende de la institución, las cuestiones a trabajar y la disponibilidad en el momento de la sesión. Por ejemplo, una entrevistada refirió *"en cualquier espacio de la sala, puedo trabajar en el baño, la habitación, el comedor, o en un consultorio. Tengo acceso a todos los espacios de la sala y depende cual sea la intervención o lo que se está trabajando, voy variando"* (mujer, T.O., Hospital Esteves, 28 años). Otra entrevistada manifestó *"En el servicio en sí, en las habitaciones que son compartidas, el baño, también en el comedor. Tenemos una sala de usos múltiples donde se hacen otras actividades. A Veces el consultorio individual porque tenemos cuestiones a trabajar que tienen que ver con el proceso individual de cada paciente. Después en el hospital tenemos la oportunidad que hay lugares que tienen cocina, a veces puedo trabajar cuestiones de la independencia acompañándolos ahí."* (Mujer, T.O., Hospital Borda, 35 años)

Por último, en cuanto al eje "modalidad de intervención de TO sobre AVD", la mayoría de los entrevistados refirió que utilizan el role playing y la guía verbal. Este eje nos permitió confirmar nuestro supuesto. También algunos nombraron la guía visual, imitación, supervisión y apoyos externos. Una

entrevistada refirió *"siempre hay guía verbal, a veces visual y a veces role playing. La mayoría tiene un nivel alto cognitivo, así que con guía verbal suele ser suficiente"*. (mujer, T.O., Hospital Álvarez, 26 años).

Se observó que las diferentes características personales de los terapeutas ocupacionales que fueron entrevistados (grupo etario, género autopercebido, antigüedad profesional e institucional, formación específica en salud mental, cargo en la institución) no influyeron en la selección de las modalidades de intervención sobre las AVD para esta población, como así tampoco en la duración y frecuencia de las sesiones, el trabajo en equipo, y lugar de intervención, donde la mayoría de las respuestas de todos los entrevistados coincidieron. Tampoco se encontró ninguna relación entre estas respuestas y la ubicación geográfica de cada una de las instituciones.

En cuanto al objetivo que buscó **conocer los obstáculos que se presentan en las intervenciones de TO sobre AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, y en relación al supuesto *"la mayoría de las intervenciones se ven afectadas por obstáculos como lineamientos o normativas de las instituciones"*, se utilizó el eje "obstáculos para la intervención de TO sobre AVD". La mayoría de los entrevistados refirió que las mismas instituciones suelen poner barreras u obstáculos para llevar a cabo ciertas intervenciones, como por ejemplo, no brindando espacios propios para las intervenciones de TO sobre AVD, o no teniendo en cuenta las recomendaciones de los TO. En relación a esto, también se mencionó como obstáculo que algunas normativas de la institución no permiten a los pacientes realizar ciertas actividades de forma independiente, como por ejemplo el baño o la alimentación, delegando estas actividades a los enfermeros, quienes las realizan por los pacientes. Se refirió *"hay mucho asistencialismo, mirar a la persona como que no lo puede hacer, y lo bañan, lo cambian, le dan la ropa, el hacer por el otro. que es mi principal obstáculo (...)"*. (mujer, T.O., Hospital Nacional Colonia Montes de Oca, 29 años). De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el eje, podemos constatar que nuestro supuesto es acertado, ya que la institución tiene un papel principal en la existencia de obstáculos para las intervenciones sobre AVD. Por otro lado, al realizar las entrevistas, surgieron otros obstáculos que no se habían tenido en cuenta.

En cuanto al objetivo específico que buscó **identificar los abordajes de intervención de TO en AVD que se realizan para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, y que se relaciona con el supuesto: *"el abordaje más utilizado para intervenir sobre las AVD desde Terapia Ocupacional suele ser el individual"*, se utilizó la variable "tipo de abordaje para intervenir sobre las AVD". Cinco entrevistados (35,71%) respondieron "individual, grupal y familiar"; cinco (35,71%) respondieron "individual y grupal"; solo un entrevistado (7,14%) respondió "individual y familiar"; dos entrevistados (14,29%) respondieron "grupal"; por último, un entrevistado (7,14%) respondió "grupal y familiar".

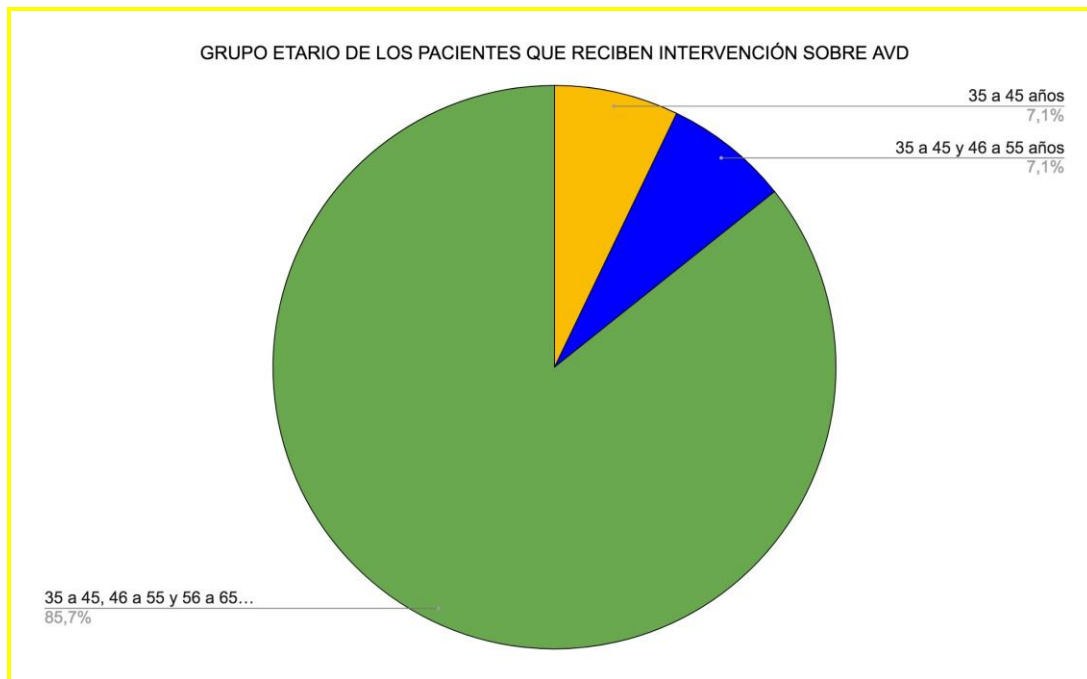
TÍTULO: identificar los abordajes de intervención de TO en AVD que se realizan.	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA PORCENTUAL	FRECUENCIA DE PORCENTAJES ACUMULADOS
INDIVIDUAL	0	0	0	0
GRUPAL	2	0,14	14%	14%
FAMILIAR	0	0	0	14%
INDIVIDUAL-GRUPALFAMILIAR	5	0,36	36%	50%
INDIVIDUALGRUPAL	5	0,36	36%	86%
INDIVIDUALFAMILIAR	1	0,07	7%	93%
GRUPAL-FAMILIAR	1	0,07	7%	100%
TOTAL	14	1	100%	100%

Fuente: entrevistas realizadas a los TO.
N=14.

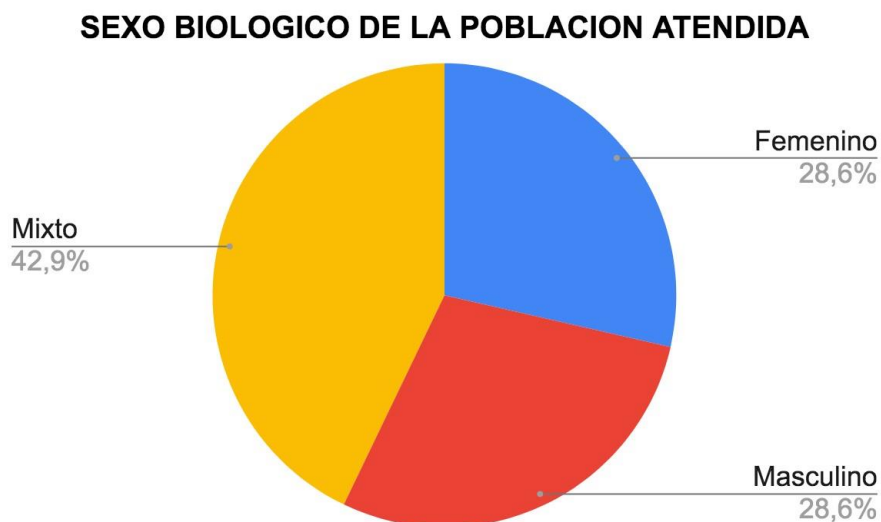
En cuanto al supuesto, este se confirma ya que 11 de los entrevistados (78,57%) mencionaron o incluyeron en sus respuestas al abordaje individual.

Para el objetivo que buscó **identificar los trastornos mentales, la edad y el sexo biológico que tienen las personas que reciben intervenciones sobre AVD en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, y que se relaciona con el supuesto: “la mayoría de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD presentan trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo, o trastornos relacionados con sustancias”, se utilizaron las variables “grupo etario de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD” y “sexo biológico de la población atendida que reciben intervenciones sobre AVD”, y el eje de análisis “trastornos mentales que suelen presentar los pacientes que reciben intervención de TO sobre AVD”.

En cuanto a la edad de los pacientes, un entrevistado (7,14%) respondió "de 35 a 45 años"; otro (7,14%) respondió "de 35 a 45 años y de 46 a 55 años"; los doce entrevistados restantes (85,71%) respondieron "de 35 a 45 años, de 46 a 55 años, y de 56 a 65 años".



En referencia al sexo biológico de la población atendida, cuatro TO respondieron "sexo femenino"; cuatro TO respondieron "sexo masculino"; y los seis entrevistados restantes respondieron "mixto".



Por último, en cuanto a los trastornos mentales de los pacientes, la mayoría de los entrevistados refirió psicosis y esquizofrenias. También se nombraron trastornos de la personalidad, alimenticios,

depresión, bipolar, y adicciones. Una entrevistada manifestó “*psicosis, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, paciente dual, que además de alguna patología consume sustancia.*” (mujer, T.O., Clínica Privada Banfield, 37 años). En relación al eje, se identificó que nuestro supuesto se cumple parcialmente, ya que los entrevistados nombraron otros trastornos mentales además de la esquizofrenia, siendo esta última una de las más mencionadas.

En cuanto al objetivo que buscó indagar **en qué fase o momento de internación se encuentran los pacientes con trastornos mentales que reciben intervenciones sobre AVD en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021**, y que se relaciona con el supuesto: “*la mayoría de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD se encuentran en fase pre-alta o crónica del trastorno*”, se utilizó la variable “fase o momento de internación de los pacientes que reciben intervención sobre AVD”. Un entrevistado respondió “fase aguda”; dos TO respondieron “fase aguda y fase pre alta”; tres entrevistados respondieron “fase crónica”; un entrevistado respondió “fase pre alta y fase crónica”; y los siete TO restantes respondieron “fase aguda, pre alta y crónica”.

En referencia al supuesto, se cumple parcialmente ya que la fase que más predomina es la “crónica”. Sin embargo, se observa que la etapa de “pre-alta” y “aguda” se encuentran con igual porcentaje entre sí, pero menor que la crónica.

Por lo tanto, estos resultados se relacionan con las respuestas obtenidas sobre la realización de la etapa de resultados del proceso de TO, ya que la mayoría de los profesionales intervienen con pacientes en fase crónica, por lo tanto, se pudo evidenciar que no se realiza la etapa de resultados en esta fase.

TÍTULO: fase o momento de internación se encuentran los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD.	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA PORCENTUAL	FRECUENCIA DE PORCENTAJES ACUMULADOS
FASE AGUDA	1	0,07	7%	7%
FASE CRÓNICA	3	0,21	21%	28%
FASE PRE-ALTA	0	0	0%	28%
FASE AGUDA-FASE PRE ALTA	2	0,14	14%	42%

FASE CRÓNICA FASE PRE ALTA	1	0,07	7%	49%
FASE AGUDA FASE CRÓNICA- FASE PRE ALTA	7	0,5	50%	99%
TOTAL	14	1	100%	99%

Fuente: entrevistas realizadas a los TO.
 N=14.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo caracterizar las intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de Salud Mental en CABA y Conurbano Bonaerense en los años 2020 y 2021.

La muestra estuvo conformada por 14 terapeutas ocupacionales que realizan dichas intervenciones. Para alcanzar tal propósito, se plantearon 10 objetivos específicos, a partir de los cuales a través de su análisis e interpretación se obtuvieron los resultados finales de la investigación.

A partir del relato de los entrevistados, se pudieron encontrar diferencias y similitudes en todas las intervenciones sobre AVD.

En primer lugar, uno de los resultados obtenidos fue que la mayoría de los T.O. realizan las tres etapas del proceso, mencionadas en el marco teórico como “etapa de evaluación, etapa de intervención y etapa de resultados”. Según lo obtenido, la intervención fue la etapa que se manifestó en todas las entrevistas. Se encontró que la minoría realiza las etapas de “evaluación e intervención” o “intervención y resultados”.

En cuanto a la etapa de evaluación, se comprobó nuestro supuesto ya que la mayoría de los T.O. la realizan. Como se mencionó anteriormente en el marco teórico, y según el Marco de Trabajo para la práctica de TO (AOTA, 2014), lo cual también se corresponde con la opinión personal de las investigadoras, la etapa de evaluación es una parte imprescindible del proceso ya que es donde se conocen las fortalezas, debilidades, capacidades y limitaciones del paciente, sus intereses, gustos y necesidades, lo que luego sirve para guiar la intervención y llegar a cumplir los objetivos planteados y los resultados deseados.

Por otro lado, teniendo en cuenta las respuestas de los entrevistados en relación a la etapa de resultados del proceso de TO, llegamos a la conclusión de que esta etapa no es realizada por la totalidad

de los mismos debido a la cronicidad de las patologías de los pacientes que reciben intervenciones sobre AVD. Esto también se relaciona con las respuestas de los profesionales acerca de la fase o momento de internación de los pacientes, ya que la mayoría interviene con pacientes en fase crónica. Por lo tanto, al encontrarse en esta fase, algunos profesionales no requieren realizar la etapa de resultados.

Siguiendo con la fase o momento de internación en la que se encuentran los pacientes, los resultados obtenidos no coinciden con el supuesto, el cual afirmaba que en la fase aguda no se intervenía porque el paciente por lo general no se encuentra estabilizado y requiere otro tipo de intervenciones. Sin embargo, se evidenció que en esta etapa se interviene con la misma frecuencia que en las fases de pre-alta y crónica, ya que suele ser un requerimiento de las instituciones.

En cuanto a los trastornos mentales de los pacientes que reciben intervenciones de TO sobre AVD, se concluyó que los más frecuentes son los trastornos psicóticos, entre los cuales el más mencionado es la esquizofrenia. Esto coincide parcialmente con nuestro supuesto, ya que el planteo fue que los trastornos que aparecerían eran los psicóticos, pero también los del estado del ánimo y relacionados al consumo de sustancias, creyendo que se presentarían con mayor frecuencia que la evidenciada. Por otro lado, los profesionales informaron que algunos de los diagnósticos son inespecíficos, es decir que no están diagnosticados, o que algunos pacientes tienen características de varias patologías. Por lo tanto, se pudo cumplir parcialmente con el objetivo de poder identificar los diferentes trastornos mentales de los pacientes que reciben intervención sobre AVD. Como apreciación personal y según nuestra experiencia, coincidimos en que a veces es errado y/o complicado "encasillar" a los pacientes en una patología, ya que cada persona es distinta y se deben observar de forma holística, y no como un conjunto de síntomas. Además, según la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2011), la determinación de que una persona padece una enfermedad mental se establece mediante normas médicas internacionales. La ley también promulga que ninguna persona o autoridad puede clasificar o indicar que una persona padece una enfermedad, salvo que sea con propósitos de tratamiento.

Retomando las etapas del proceso de TO, el objetivo general de la investigación es caracterizar las intervenciones de TO sobre AVD.

Para comenzar, se indagó sobre la frecuencia con que los TO intervienen en cada AVD. En relación a esto, se observa que se corrobora el supuesto, ya que nosotras creímos que la mayor frecuencia iba a ser la AVD "higiene y arreglo personal". Sin embargo, también se evidencio que los entrevistados suelen intervenir siempre o a veces en la mayoría de las AVD enunciadas en el Marco de Trabajo para la práctica de TO (AOTA, 2014); las AVD sobre las que se interviene con mayor frecuencia son vestido, alimentación y cuidado de los dispositivos de atención personal. Haciendo un análisis personal sobre esta cuestión, y según el modelo de la ocupación humana (MOHO), cada paciente se debe abordar de forma holística, es decir, tomando a la persona como un ser abierto y dinámico,

interviniendo en todas sus ocupaciones de la vida diaria. Sin embargo, se ha evidenciado en los resultados respecto a los obstáculos, y también es evidenciado en la experiencia clínica, que a veces la institución es la que no permite llevar esto a cabo, y por lo tanto, algunas áreas o actividades no reciben intervención de TO.

En cuanto a las intervenciones sobre AVD, el supuesto relacionado a los modelos utilizados en las mismas, coincidió con los resultados obtenidos, ya que la mayoría de los entrevistados utiliza conceptos de diferentes modelos para intervenir sobre las AVD. Como mencionamos previamente en el marco teórico, según Moreno (2020), es de gran importancia la selección de los mismos, para guiar la intervención, utilizarlo como base teórica y obtener resultados coherentes y relacionados con los objetivos de los pacientes. El más nombrado fue el MOHO, que en todos los casos es combinado con conceptos de otros (como por ejemplo Marco de Trabajo, cognitivo conductual, KAWA, entre otros nombrados). Creemos que esta combinación de modelos (es decir, utilizar conceptos de varios de ellos) es acertada en la actualidad ya que es necesario utilizar diferentes líneas de pensamiento en las intervenciones, debido a que centrarse en uno solo puede generar limitaciones a la hora de intervenir, y también esta combinación puede servir a los profesionales y a la disciplina para abarcar de forma integral a los pacientes.

En cuanto al abordaje de las intervenciones sobre AVD en esta población, nuestro supuesto indicaba que el abordaje más utilizado sería el individual, sin embargo, el más utilizado según lo evidenciado, es el abordaje grupal, ya sea solo o combinado con abordajes individuales o familiares.

Creemos que a partir de un abordaje individual se lograría una intervención focalizada y especializada en cada individuo, pudiendo centrar más la atención en aquellas fortalezas, debilidades, características de la persona, áreas o actividades donde se presentan las mayores dificultades, y poder trabajar esto de manera profunda durante cada sesión para llegar a mejores resultados (es decir, relacionados con los objetivos del paciente/familia). En relación al abordaje grupal, creemos que es beneficioso en cuanto a las habilidades sociales de los pacientes, ya que comparten sesiones; sin embargo, no se logra ver a cada uno de manera exhaustiva en comparación a una sesión individual. La combinación de estos abordajes resultaría exitoso. En cuanto al abordaje familiar, como profesionales, creemos que también es muy necesario, ya que nos brinda mayor información y datos tanto individuales del paciente, como de su entorno más próximo, por lo que abre la visión y nos ofrece otro tipo de datos muy nutritivos para lograr un abordaje directamente relacionado con las necesidades del individuo, pero también en concordancia con los objetivos o propósitos de su familia en cuanto al tratamiento. Por lo que, como apreciación personal, creemos que una combinación de los 3 abordajes sería lo más óptimo para tratar con esta población.

En referencia a la modalidad de intervención, se tuvieron en cuenta diferentes aspectos, tales como: el trabajo en equipo, la frecuencia y duración de las sesiones, lugar de intervención y el eje de análisis "modalidad de intervención de TO sobre AVD", el cual hace hincapié en investigar las estrategias que utilizan los TO en sus sesiones, es decir, si utilizan guías verbales, visuales, role playing, entre otras.

Creemos que todos estos aspectos son relevantes para lograr una intervención eficaz con resultados beneficiosos. La frecuencia semanal y la duración de cada sesión, tal como se evidencio en los resultados, varía dependiendo cada individuo, sus necesidades, objetivos, características intrínsecas, y sobre todo su estado al momento de realizar la sesión. Esto también depende de las normativas y dinámicas de la institución, ya que no siempre se puede llegar al ideal que los profesionales deseáramos.

El trabajo en equipo es un aspecto de gran importancia, ya que se observa al paciente desde diferentes disciplinas y puntos de vista, lo que resulta enriquecedor para el tratamiento general del individuo, siguiendo con la visión holística que mencionamos anteriormente. Es importante que en un equipo de trabajo haya buena comunicación, coordinación, compromiso, complementación, responsabilidad conjunta, y que se conozcan los alcances de cada profesión. Desde lo revelado en las entrevistas, lo cual se puede corroborar desde la experiencia clínica de las investigadoras, se logró evidenciar que muchos profesionales de otras áreas no conocen en su totalidad los alcances de la terapia ocupacional, así como también, en ocasiones, no colaboran con las sugerencias o recomendaciones que nuestra disciplina brinda, ya sea por los tiempos que manejan las instituciones, las normativas o situaciones puntuales del día a día que surgen dentro de las mismas. Esto también se relaciona con lo mencionado anteriormente sobre los obstáculos en las intervenciones.

El lugar donde se llevan a cabo las intervenciones de TO sobre AVD cobra gran importancia también. En muchas ocasiones, los profesionales de TO deben trabajar en espacios muy reducidos y con poco material, lo que limita los alcances y oportunidades de la sesión y el desempeño del paciente. Creemos que se debe trabajar en un espacio amplio así como también en espacios reales, y si es necesario adaptados, como cocina, dormitorio, baño, comedor, donde el paciente realiza sus actividades diarias, para poder fomentar la independencia y autonomía de los mismos, brindando oportunidades reales de la vida cotidiana para su implementación. Sin embargo, lo relevado en las entrevistas también lo pudimos relacionar con nuestras experiencias personales, ya que muchas instituciones no pueden contar con los materiales, espacios y mobiliarios necesarios e "ideales" con los que deberíamos contar, debido a sus elevados precios y dificultad de acceso. Aquí es donde se pone en juego la creatividad de nuestra profesión, para planificar y crear elementos con materiales cotidianos y accesibles.

En cuanto a las estrategias que se utilizan durante las sesiones, también se creyó que esto dependería del paciente, teniendo en cuenta su nivel cognitivo, o dependiendo de la decisión de cada TO. Según lo evidenciado en las entrevistas, suele utilizarse con frecuencia la guía verbal y el role playing, tal

como mencionamos en nuestro supuesto. En nuestra opinión, la imitación de una actividad o role playing es una estrategia que facilita la comprensión de contenidos, estimula y motiva, hace pensar y resolver situaciones en el momento, y también hace que cada uno conozca sus debilidades y sus habilidades. Es un complemento que suele ser utilizado con la guía verbal, siendo esta última una gran estrategia pero un poco más compleja para utilizarla sola, ya que se requiere que la persona pueda comprender consignas y pueda realizar un seguimiento de pasos, entre otras cosas.

Para finalizar, de acuerdo al objetivo de indagar los obstáculos que se presentan en las intervenciones de TO sobre AVD, se observaron grandes similitudes en las respuestas de los entrevistados; además de que la institución no permite llevar a cabo algunas actividades como se mencionó anteriormente, encontramos que a veces no hay espacios propios de la disciplina, no se tiene en cuenta a la TO como profesión de salud o tienen normas muy rígidas.

Como conclusión personal y en relación a los resultados obtenidos, por nuestras experiencias anteriores esto no nos generó sorpresa, pero sí nos tocó de cerca, ya que la terapia ocupacional sigue siendo una profesión desvalorizada y no tenida en cuenta por otras disciplinas de la salud y esto se ve reflejado en las instituciones, donde solemos ser excluidos.

Es importante seguir luchando para que reconozcan nuestra labor a la misma altura que otras disciplinas de salud mental, brindándonos los espacios necesarios, apoyos adecuados y el reconocimiento que merecemos, ya que esto podría generar cambios positivos y beneficios en los pacientes, obteniendo mejores resultados tanto para ellos como para la TO.

Discusión de resultados: futuras líneas de investigación.

El presente trabajo se originó con la inquietud y la necesidad de conocer e indagar sobre las intervenciones de TO sobre AVD para pacientes entre 35 y 65 años, en internación de Salud Mental, ya que al momento de comenzar la investigación, la información existente era escasa en relación a nuestro país, y principalmente en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Nuestro principal objetivo fue caracterizar las intervenciones sobre AVD para pacientes en internación de Salud Mental, en CABA y Conurbano Bonaerense, en los años 2020 y 2021, para generar una base de consulta, es decir este TFI, para estudiantes y profesionales que requieran esta información.

Para finalizar, consideramos que este TFI deja una puerta abierta a futuras investigaciones, que podrían tomar este trabajo como punto de partida, y ampliar los alcances hacia las demás áreas

ocupacionales, además de las AVD, que son trabajadas en las intervenciones de Salud Mental, pero que no fueron abordadas en este estudio. O mismo, para otros grupos etarios, como la infancia y adolescencia, que también resultaría muy interesante y enriquecedor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional – AOTA. (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso* (3.ª ed.). Santiago, Chile: Universidad Mayor de Chile - Facultad de Medicina - Escuela de Terapia Ocupacional.
- Bottinelli, M.M.; Pawlowicz, M. P. (2003). Introducción a los métodos cualitativos (cap. 5). En M. M. Bottinelli (Ed.), *Metodología de la investigación* (1.a ed., Vol. 1, pp. 77-130). CABA, Argentina: Gráfica Hels.
- Brown, C. (2005) “*Intervenciones en pacientes con enfermedad mental-grave*”. Sección 2. “*Adultos con enfermedades mentales*” Capítulo 43 “*Consideraciones diagnósticas en la práctica con adultos y ancianos.*” Unidad 10. EN: Willard y Spackman “*Terapia Ocupacional*” 10 edición. Editorial médica panamericana. Pág 860-866.
- Cantero Garlito, P.A.; Moruno Miralles (2006). *Actividades de la vida diaria en salud mental*. En P. Moruno Miralles; D. M. Romero Ayuso: *Actividades de la vida diaria* (Cap. 8; 219-260). Barcelona, España: Masson.
- De Souza Minayo, M.C. (2012). Trabajo de campo: contexto de observación, interacción y descubrimiento. En M. C. de Souza Minayo; S. Ferreira Deslandes R. Gomes (Eds.), *Investigación social: teoría, método y creatividad* (2.a ed., 67-83). CABA, Argentina:

Lugar Editorial.

- García Ariceta, V. y Rosemblat, F. (2019). *Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: del "vine a morir" al "salir a la pelea"*. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 5(1), 69-74.
- Láinez, D. M. D. M. N. (2018) . ¿Qué es la atención al paciente? Definición. Clinic Cloud. <https://clinic-cloud.com/blog/atencion-al-paciente-definicion/>
- Moreno, W. (2020). *Principales conceptos de la Terapia Ocupacional*. Red estudiantil mexicana de Terapia Ocupacional. Recuperado de:

<https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/principales-conceptos-de-la-terapia-ocupacional-marcos-y-modelos>.

- Llorens, L. (1990). Tareas del desempeño y roles del ciclo vital. En C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Superación de los déficits en el desempeño Ocupacional* (pp. 1-24).
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011, noviembre). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Recuperado de <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- Moruno Miralles, P. (2006). *Definición y clasificación de las actividades de la vida diaria*. En P. Moruno Miralles; D. M. Romero Ayuso: *Actividades de la vida diaria* (Cap. 1; 3-22). Barcelona, España: Masson.
- Ocaña Expósito, L., Caballo Escribano, C. (2015). *Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada*. TOG A Coruña (revista en internet)
12(21), 1-11. (Cita agregada)
- Padua, J. (1994). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales* (1.ª ed.), Chile: FCE.
- Pillou, J. (2013) . *Paciente - Definición*. CCM Salud. Recuperado de <https://salud.ccm.net/faq/15489-paciente-definicion>
- Polonio López., B. (2016). *Modelos y marcos de referencia utilizados frecuentemente en disfunciones físicas*. En *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas*. (2.ª edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Rivas-Garibay, M.A., Olvera-Romero, M.D., Ferman Cruz, G. (2011). *Utilidad de la Terapia Ocupacional en pacientes psiquiátricos*. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 44(1). 13-17. (Cita agregada)
- Samaja, J. (Ed.). (2003). El análisis del proceso de investigación (parte IV). En J. Samaja, *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica* (3.a ed., pp. 203-307). CABA, Argentina: Eudeba.
- Ucha, F. (2012, marzo). *Definición de Internación*. Definición ABC.
<https://www.definicionabc.com/ciencia/internacion.php>
- Ward, Judith D. (s.f.), "Diagnósticos psiquiátricos y aspectos relacionados de la intervención" sección 1. "Adultos con enfermedades mentales" Capítulo 43 "Consideraciones diagnósticas en la práctica con adultos y ancianos." Unidad 10. En: Willard y Spackman "Terapia Ocupacional" 10 edición. Editorial médica panamericana. 835-859.

- Ynoub, R. (2007). *El proyecto y la metodología de la investigación*. Editorial Cengage Learning. Buenos Aires.

ANEXOS:

MODELO DE ENTREVISTA A LAS TERAPISTAS OCUPACIONALES.

Buenos días/Buenas tardes, nuestros nombres son Sofia Abeijon, Alexia Arias e Ignacia Cuevas. Somos estudiantes de la licenciatura de Terapia Ocupacional en la Universidad de San Martín. Vamos a realizar una entrevista sobre nuestra tesis llamada "Intervenciones sobre AVD para pacientes entre 35 y 65 años, en internación de salud mental, en CABA y Conurbano Bonaerense en el año 2020 y 2021", y creemos que la información que nos brindara nos será útil para nuestro fin que es crear una lista informativa sobre todas las intervenciones en AVD a las que se puedan acceder en los dispositivos de internación de Salud Mental para pacientes en CABA y Conurbano Bonaerense.

Guia de preguntas (con posibilidad de repreguntar o ampliar sobre el tema):

Datos generales:

Fecha:

Universidad:

Institución:

Localidad de la institución:

Entrevistadoras:

Entrevistado/a:

→ Terapistas Ocupacionales:

- 1) **Género con el cual se identifica:**
- 2) **Edad:**
- 3) ¿Cuál es tu antigüedad como profesional de TO?
- 4) ¿Cuál es tu antigüedad en la institución como TO?
- 5) ¿Cuál es tu cargo en la institución?
- 6) ¿Tenes alguna formación específica en salud mental de terapia ocupacional?
- 7) ¿Cuál es la formación específica de TO en Salud Mental que realizaste?

→ Institución:

8) **En relación a la institución donde trabajas, ¿es pública o privada?**

→ 9) **¿Cómo llega el paciente a la intervención de TO sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD en adelante)? (derivación, ingreso, etc.).**

Aclaremos que las AVD en las cuales nos basamos son las del Marco de Trabajo de TO (bañarse/ ducharse-ir al baño e higiene en el inodoro-vestirse-deglutir/comer-alimentación-movilidad funcional-cuidado de los dispositivos de atención personal-higiene y arreglo personal-actividad sexual).

10) **¿Realizas la etapa de evaluación del proceso de TO?**

11) **¿Realizas la etapa de intervención del proceso de TO?**

12) **¿Realizas la etapa de resultados del proceso de TO?**

→ **Evaluaciones:**

Respecto a las evaluaciones sobre AVD...

13) **¿Se toman evaluaciones estructuradas para AVD ?**

14) **¿Se toman evaluaciones no estructuradas para AVD?**

→ **Intervención:**

Respecto a las intervenciones sobre AVD...

15) **¿Se realiza un abordaje individual?**

16) **¿Se realiza un abordaje grupal?**

17) **¿Se realiza un abordaje familiar?**

18) **¿Qué modelos de intervención utilizás para trabajar sobre las AVD?**

19) **¿Cómo es una intervención típica? Con esto nos referimos a qué cosas se hacen usualmente, si hay actividades o rutinas fijas dentro de las sesiones, etc. 20) ¿Qué estrategias o medios terapéuticos utiliza? Por ejemplo, roleplaying, guía verbal, guía visual, etc.**

21) **¿Considera que hay obstáculos para intervenir sobre AVD? ¿Cuáles son?**

22) **¿En qué lugar de la institución suele llevarse a cabo la intervención sobre las AVD?**

23) **¿Cuánto suelen durar las sesiones?**

24) **¿Cuántas veces por semana tienen sesión de T.O. sobre AVD los pacientes?**

→ **Trabajo en equipo:**

Respecto al trabajo en equipo...

25) ¿Trabaja en equipo con otras disciplinas? ¿Cuáles? Por ejemplo, psiquiatría, psicología, médicos, trabajador social, acompañante terapéutico, enfermería, otros.

→ Pacientes:

Respecto a los pacientes que reciben tratamiento de TO sobre AVD...

26) ¿Qué sexo biológico tienen los pacientes que reciben intervención sobre AVD?

27) ¿En qué grupos etarios se encuentran los pacientes que reciben intervención sobre AVD? (De 35 a 45 años- De 46 a 55 años - De 56 a 65 años)

Respecto al momento de la internación en el que se encuentran los pacientes...

28) ¿Suele intervenir sobre AVD en pacientes agudos?

29) ¿Suele intervenir sobre AVD en pacientes en pre-alta?

30) ¿Suele intervenir sobre AVD en pacientes crónicos?

31) ¿Qué trastornos mentales suelen presentar los pacientes que reciben intervención sobre las AVD en Terapia Ocupacional según el TO?

MODELO DE ENCUESTA A LAS TERAPISTAS OCUPACIONALES. GOOGLE FORMS (se envía el enlace previo a la entrevista presencial).

→ Google Forms. A continuación le solicitamos que señale solo una opción.

AVD:

1) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Bañarse- ducharse"?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

2) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "ir al baño e higiene en el inodoro"?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

3) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Vestirse"?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

4) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Deglutir" (comer)? Respuestas: nunca/a veces/siempre

5) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Alimentación" (preparar, organizar y llevar el alimento o líquido del plato o taza/vaso a la boca; a veces también llamado autoalimentación)?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

6) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "movilidad funcional" (Moverse de una posición o lugar a otro durante la ejecución de actividades cotidianas. Incluye ambulación funcional y transportar objetos)?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

7) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Cuidado de los dispositivos de atención personal" (usar, limpiar y mantener artículos de cuidado personal)?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

8) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Higiene y arreglo personal" (obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal; aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar el pelo, cuidar las uñas; cuidar la piel, oídos, ojos y nariz; aplicar el desodorante; limpiar la boca; cepillar dientes y usar hilo dental, o eliminar, limpiar y colocar ortesis y prótesis dentales)?

Respuestas: nunca/a veces/siempre

9) ¿Con qué frecuencia interviene sobre la AVD "Actividad sexual"?

Respuestas: a veces/nunca/siempre

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apartado informativo:

Buenos Aires, del mes..... de 2020.

A quien corresponda, nos dirigimos con el objetivo de solicitar acceso a la información de **las intervenciones** de AVD desde Terapia Ocupacional en la institución en el transcurso del año 2020 y 2021.

El propósito de este estudio será conocer los programas e intervenciones existentes sobre AVD en pacientes psiquiátricos entre 35 y 65 años, en internación, en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Luego se expondrán los resultados en un Trabajo Final Integrador de la Universidad Nacional de San Martín, **para la aprobación de la licenciatura de la carrera.**

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad de acuerdo a la Ley Nacional 23.326 de Protección de Datos Personales, y los nombres y demás datos de los pacientes involucrados no serán utilizados.

La participación en este Trabajo Final Integrador no presenta riesgos, la información que se obtendrá será de utilidad para profundizar el conocimiento del tema de estudio, es decir, sobre los programas e intervenciones existentes sobre AVD en pacientes psiquiátricos entre 35 y 65 años, en internación, en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Y eventualmente, podría beneficiar a otros organismos, personas, profesionales y estudiantes de Terapia Ocupacional y demás carreras de la salud.

No recibirá ninguna **compensación económica** por participar en la misma. **Podrá retirar el consentimiento en cualquier momento, si así lo desea.**

La investigación estará a cargo de las alumnas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la UNSAM, Abeijon Sofia Milagros (DNI 40622850), Arias Alexia (DNI 41062686, Terapeuta Ocupacional), y Cuevas Ignacia (DNI 40455320, Terapeuta Ocupacional).

Ante cualquier inquietud, puede comunicarse vía mail con las personas a cargo de la investigación.

Correos electrónicos:

- sofiabeijon@gmail.com
- alexiaariass1@gmail.com
- ignaciacuevas0@gmail.com

Abeijon, Sofia Milagros
Arias, Alexia
Cuevas, Ignacia

Acta de consentimiento:

Abeijon, So a Milagros
Arias, Alexia
Cuevas Ignacia
GRUPO 28 "SONAL"

Buenos Aires, del mes..... de 2020.

Yo, señora/señor con fecha del mes de 2020, manifiesto que doy mi consentimiento a participar con la investigación que se va a realizar. He comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado conciencia y libremente la decisión de colaborar en la misma.

La investigación "**Intervenciones sobre AVD en pacientes en internación de salud mental, entre 35 y 65 años, en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, en el año 2020 y 2021**" estará a cargo de las alumnas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la UNSAM, Abeijon Sofia Milagros, Arias Alexia, y Cuevas Ignacia. Ante cualquier inquietud, puede comunicarse vía mail con las personas a cargo de la investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

ANEXO: LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26657 (Año 2011). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010).

Resumen de los artículos pertinentes al TFI.

CAPÍTULO 1: DERECHOS Y GARANTÍAS

ARTÍCULO 1º: La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CAPÍTULO 2: DEFINICIÓN

ARTÍCULO 3º: En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. c) Elección o identidad sexual. d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º: Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º: La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

CAPÍTULO 3: ÁMBITO DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 6º: Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

CAPÍTULO 4: DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL.

ARTÍCULO 7º: El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo

las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

CAPÍTULO 5: MODALIDAD DE ABORDAJE.

ARTÍCULO 8º: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 10º: Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

CAPÍTULO 7: INTERNACIONES.

ARTÍCULO 14º: La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el

mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 15º: La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTÍCULO 16º: Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17º: En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociera su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 20º: La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sea posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisito comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTÍCULO 21º: La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley.
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o.
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTÍCULO 22º: La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTÍCULO 28º: Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.

A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 29º: A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implica un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

CAPÍTULO 9: AUTORIDAD DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 31º: El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos. **CAPÍTULO 10: ÓRGANO DE REVISIÓN.**

ARTÍCULO 38º: Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

CAPÍTULO 12: DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

ARTÍCULO 43º: Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

DEFINICIONES.

- ❑ Por «**atención de la salud mental**» se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta.
- ❑ Por «**institución psiquiátrica**» se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental. ❑ Por «**profesional de salud mental**» se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental.
- ❑ Por «**paciente**» se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica.

CLÁUSULA GENERAL DE LIMITACIÓN.

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

PRINCIPIO 1: Libertades fundamentales y derechos básicos.

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por «discriminación» se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.

6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor.

PRINCIPIO 4: Determinación de una enfermedad mental.

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

PRINCIPIO 6: Confidencialidad.

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

PRINCIPIO 8: Normas de la atención.

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluidos la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

PRINCIPIO 9: Tratamiento.

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

PRINCIPIO 11: Consentimiento para el tratamiento.

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.
2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:
 - a) El diagnóstico y su evaluación.
 - b) el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto.
 - c) las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
 - d) los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.
3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.
4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.
5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.
6. Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:
 - a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario.
 - b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presentes la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento.
 - c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.
8. Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud

mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

14. No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15. No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

PRINCIPIO 12: Información sobre los derechos.

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

PRINCIPIO 13: Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas.

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

- a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley.
- b) vida privada.
- c) libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión.
- d) Libertad de religión o creencia.

2. El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

- a) instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento.
- b) instalaciones educativas.
- c) instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación.
- d) instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4. El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

PRINCIPIO 14: Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas.

1. Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

- a) personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa.
- b) equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes.
- c) atención profesional adecuada.
- d) tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.

2. Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

PRINCIPIO 19: Acceso a la información.

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

PRINCIPIO 21: Quejas.

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

PRINCIPIO 22: Vigilancia y recursos.

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

PRINCIPIO 23: Aplicación.

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

PRINCIPIO 24: Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas.

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

PRINCIPIO 25: Mantenimiento de los derechos reconocidos.

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.