

# La categoría Padecimiento Mental Severo y Persistente: un aporte a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud

**Velzi Díaz, Alberto**

Psicólogo, Dr. en Salud Colectiva. Docente, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.

*algiova@gmail.com*

**Benítez, Paola**

Psicóloga. Esp. en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*paolabenitez.psi@gmail.com*

**Santanocito, Gisela**

Psicóloga. Esp. en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*giselasantanocito@yahoo.com.ar*

**Garcete, Esmeralda**

Psicóloga. Esp. en Clínica, Inst. y Comunitaria. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*esmeraldagarcete@hotmail.com*

**Matkovich, Andrés**

Psicólogo. Docente, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario

*andmatko@gmail.com*

**Pietrodarchi, Jimena**

Psicóloga. Adscripta, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*jimepietrodarchi@gmail.com*

**Bosetti, Enzo**

Estudiante de Psicología. Estudiante, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*enzo.fz80@gmail.com*

**Martinez, Nayla**

Estudiante de Psicología. Estudiante, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*nimartinezmendez.95@gmail.com*

**Treffilo, Luisina**

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*luisina.treffilo@gmail.com*

**Otta, Marilina**

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*marilinaotta@gmail.com*

**Rodríguez, Virginia**

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*viriniarodriguez23@hotmail.com*

**Provenzano, Martina**

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*martuprovenzano@gmail.com*

**Toth, Camila**

Licenciada en Psicología. Adscripta, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.

*cami\_toth@hotmail.com*

**Resumen**

En el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, resulta fundamental situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, problemáticas vinculadas a las violencias, dificultades en el acceso a la vivienda, entre otras) requieren de la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico. En este sentido, desde el campo de la salud mental comunitaria, hace unos años se viene desarrollando la categoría de Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), proporcionando elementos para comprender con mayor rigurosidad las particularidades un grupo de usuarias/os que precisan una atención diferenciada, debido a la variedad y complejidad de sus problemáticas. A dicho grupo de usuarias/os pertenecen: personas en proceso de externación o externadas de los Hospitales Psiquiátricos (HP), así como aquellas que, sin haber llegado al HP, también requieren de estrategias sólidas y sostenibles en el tiempo para evitar llegar al mismo.

Este artículo se propone realizar en un principio, una revisión histórica de la categoría TMSP para luego proponer un análisis crítico de la misma, realizando un deslizamiento del concepto trastorno hacia el de padecimiento a la luz de las particularidades del contexto argentino.

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi  
Bosssetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

**Palabras claves:** Trastorno Mental Severo y Persistente - Padecimiento Mental Severo y Persistente - Procesos de vulnerabilización - Atención Primaria de la Salud - Salud Mental.

### Abstract

Within the framework of the implementation of the National Mental Health Law No. 26,657, it is essential to locate population groups whose problems (difficulties in accessing housing, psychosocial vulnerability, problems related to violence) require the implementation of similar approach strategies, beyond the uniqueness of each case and regardless of the diagnosis. In this sense, from the field of community mental health, a few years ago the category of Severe and Persistent Mental Illness (SPMI) has been developed, providing elements to understand, more rigorously, the particularities of a group of users who require differentiated care, due to the variety and complexity of its problems. To this group of users belong: people in the process of being discharged or discharged from Psychiatric Hospitals (HP) as well as those who, without having reached the HP, also require solid and sustainable strategies over time to avoid reaching it.

This article intends to carry out, initially, a historical review of the SPMI category and then propose a critical analysis of it, making a shift from the concept of disorder

to that of suffering in light of the particularities of the Argentine context.

**Kew words:** Severe and Persistent Mental Illness - Severe and Persistent Mental Suffering - Processes of vulnerability - Primary Health Care - Mental Health.

### Introducción

Este artículo se enmarca en el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), considerando sus avances, limitaciones y desafíos. A más de 10 años de su sanción, creemos necesario revisar aquellas categorías que permitan contribuir a la consolidación de un modelo de atención con base comunitaria, sostenido en la protección de los derechos humanos.

El proceso de transformación del modelo manicomial contempla –aunque no solamente– la sustitución de los hospitales monovalentes por “dispositivos alternativos” (art. 27, LNSM) orientados al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, organizados y articulados bajo los principios de la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

Se trata de una estrategia que reorganiza el funcionamiento de los sistemas de salud, organizando transversalmente las acciones a lo largo de los distintos niveles de complejidad y que se caracteriza por la integralidad

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi  
Bosssetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

de sus acciones y la articulación entre los servicios de atención con el objetivo de organizar la continuidad del proceso de atención cuidado de los/las usuarios/as en el tiempo. Es así que, en el marco de esta estrategia y del proceso de transformación del modelo de atención manicomial hacia un modelo de salud mental comunitaria, consideramos clave al primer nivel de atención en el fortalecimiento de equipos y recursos para propiciar las estrategias de atención-cuidado acordes a las necesidades de la población, y priorizando las redes interinstitucionales y comunitarias para los procesos de atención. Asimismo, según la LNSM, en situaciones en que sea necesaria una internación, propicia que la misma se realice preferentemente en Hospitales Generales. De este modo resulta fundamental contar en la red de servicios con las condiciones necesarias para la adecuada continuidad de los procesos de atención, con especial énfasis en aquellas personas con problemáticas severas y persistentes en salud mental. Podemos ubicar aquí, un grupo de usuarias/os que precisan una atención diferenciada, debido a la variedad y complejidad de sus problemáticas. A dicho grupo de usuarias/os pertenecen: personas en proceso de externación o externadas de los Hospitales Psiquiátricos (HP), así como aquellas que, sin haber llegado al HP, también requieren de estrategias sólidas y sostenibles en el tiempo en el marco de la red de APS para evitar llegar al mismo.

Priorizar el acceso a servicios de salud mental, delinear políticas públicas y estrategias sanitarias vinculadas a la continuidad de la atención, exige situar con precisión grupos poblacionales cuyas problemáticas (vulnerabilidad psicosocial, problemáticas vinculadas a las violencias, dificultades en el acceso a la vivienda, entre otras) requieren de la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la singularidad de cada caso e independientemente del diagnóstico. En este sentido, desde el campo de la salud mental comunitaria, hace unos años se viene desarrollando la categoría de Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP), proporcionando elementos para comprender con mayor rigurosidad las particularidades del grupo antes mencionado. Este artículo se propone realizar, en primer lugar una revisión histórica de la categoría TMSP, para luego proponer un análisis crítico de la misma, proponiendo un deslizamiento del concepto de trastorno hacia el de padecimiento a la luz de las particularidades del contexto argentino.

### **Breve recorrido histórico acerca del concepto TMSP**

En diferentes producciones que veremos a continuación, esta categoría aparece bajo diversas denominaciones utilizadas como sinónimos: Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP) y Trastorno Mental Gra-

ve (TMG) son las más utilizadas. Diversos argumentos aparecen en el campo científico acerca de la importancia de la delimitación y la implementación de la categoría TMSP. En primer lugar, esta categoría surge en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental, con el fin de trascender la perspectiva del diagnóstico como base y único criterio para definir la problemática de salud mental y organizar la atención (Conejo Cerón, 2014). En segundo lugar, constituye una categoría multidimensional que se propone un abordaje complejo e integrador de las problemáticas, posibilitando la obtención de datos fiables para la organización de intervenciones y recursos, a través de estudios que indiquen las dimensiones socio-subjetivas del TMSP, sus principales características y las variables asociadas (Navarro y Carrasco, 2010). Por último, consideramos que esta categoría permite poner en tensión los reduccionismos propios del paradigma médico hegemónico: individual/social, normal/patológico, crónico/agudo, entre otros.

Previo al proceso de desinstitucionalización, iniciado hacia la segunda mitad del siglo XX en Europa y EEUU y más tarde en Latinoamérica, era escaso el análisis que se realizaba respecto a los modos de definir la categoría de TMSP, ya que no se diferenciaba entre enfermedad y discapacidad, por momentos tomados como sinónimos, y se consideraba a la hospitalización como

criterio de cronicidad, al ser el único recurso existente (Bachrach, 1988). Estos diversos procesos regionales de desinstitucionalización fueron dando lugar a una redefinición de la población y con ella de la categoría TMSP. De este modo, el viraje de una atención centrada en las instituciones asilares a una atención centrada en la comunidad, dio lugar a una definición de TMSP, más consensuada y representativa, que comprende las dimensiones de: diagnóstico, discapacidad funcional y duración (Ruggeri et al, 2000; Parabiaghi et al, 2006; Lopez y Laviana, 2007).

Conejo Cerón y otros (2014) historizan las definiciones sobre esta categoría ubicando en primer lugar la de Golman y cols. (1981), según la cual, la categoría de enfermedad mental crónica comprende a las personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos, y/o trastornos severos de la personalidad, que resultan limitantes o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales ligadas al desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana (higiene, relaciones interpersonales, interacciones sociales, trabajo, aprendizaje, recreación, etc.), y además dificultan la autonomía económica. Asimismo, según esta definición, se trata de personas que generalmente han estado hospitalizadas, variando en cada caso su duración. Esta definición integra, por tanto, las tres dimensiones a las que ya se hizo referencia: diagnóstico, discapacidad y duración. En

segundo lugar, la definición del Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH) del año 1987, la más representativa y que ha alcanzado mayor consenso: “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social” (Madoz Guspire et al, 2017: 6).

Dentro del *diagnóstico* consideran los trastornos psicóticos no orgánicos y algunos trastornos de la personalidad; en la dimensión *duración* consideran las enfermedades y tratamientos superiores a dos años; por último, entienden por *discapacidad* la afectación del funcionamiento laboral, social y familiar, que puede variar de moderada a severa.

Schinnar y cols. (1990) relevan 17 definiciones de TMG acuñadas entre 1972 y 1987, que han sido utilizadas para formular programas de atención y estimar la prevalencia de dicha enfermedad en la población. Arribaron a la conclusión de que los autores acuerdan en considerar el diagnóstico, la discapacidad y la duración de la enfermedad como criterios para definir la enfermedad mental severa y persistente, siendo la definición del NIMH la más utilizada por la mayoría. El diagnóstico es considerado la base para diagnosticar enfermedad mental severa y persistente. En 9 de 17 definiciones se ubica a la esquizofrenia (como psicosis no orgánica) o

los trastornos afectivos mayores como diagnósticos requeridos. La discapacidad fue considerada en 13 de los 17 estudios, si bien la mayoría acuerda en las categorías más relevantes a considerar se observa ambigüedad en las combinaciones y en la importancia de cada una. Entre las más utilizadas se encuentran: limitaciones en el empleo, limitaciones en el trabajo informal, una actividad diaria dañada y una actividad social dañada. La duración de la enfermedad es el criterio más problemático debido a la diferencia en establecer si el criterio es la adecuada medición del tiempo o la frecuencia de la atención en servicios de salud mental.

Slade y cols. (1996), en Inglaterra, incluyeron a la categoría de TMSP dos dimensiones que no habían sido contempladas hasta ese entonces y que buscan darle mayor consistencia a la definición para la práctica clínica. Sostienen que la falta de consenso sobre la categoría en la práctica, plantea la pregunta sobre cómo se establece la elegibilidad para el cuidado en salud mental. De este modo, incluyen en la categoría las dimensiones de *seguridad* y de *apoyo*. Por *seguridad* se refieren a la vulnerabilidad y riesgo para sí y para terceros. El *apoyo*, por su parte, está dividido en formal e informal, haciendo referencia, el primero, a la atención de los servicios de salud y los recursos sanitarios requeridos, y el segundo, a los vínculos sociales y familiares con que cuenta el usuario de esos servicios. Los autores (Slade

y cols., 1996) destacan la importancia que esta última dimensión comporta, en tanto pone en evidencia aquellas situaciones en que, por no contar el usuario con apoyos informales suficientes, se requieren apoyos más consistentes del sistema de salud.

Entre otros autores más cercanos en el tiempo (Ruggeri et al, 2000; Parabiaghi et al, 2006; Lopez y Laviana, 2007) parece existir consenso en torno a qué aspectos tener en cuenta para una definición operativa de TMS:

- a. Una sintomatología caracterizada por las dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales.
- b. Evolución prolongada en el tiempo (habitualmente más de dos años), lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.
- c. Alteraciones en varios aspectos funcionales, como la vivienda, tareas de la vida cotidiana, las relaciones sociales, el empleo, la conducta social.

Lopez y Laviana (2007) proponen agregar como cuarta dimensión: la existencia de un medio social próximo (contexto) poco tolerante o agotado, que debe ser considerado a la hora de analizar la situación de las personas que requieren atención y definir las intervenciones.

### **Algunas reflexiones sobre la multidimensionalidad de la categoría TMSP**

Este sintético recorrido sobre la categoría TMSP nos permite observar que la misma constituye una construcción diversa y compleja, cuya definición no presenta límites claros ni consenso definitivo. Si bien hay acuerdo respecto a las dimensiones principales que la integran, la definición de cada una y el modo de entender la articulación de esas dimensiones asume una forma diferente con relación a las diversas variables que los autores contemplan. Las características poblacionales de cada región, las particularidades del sistema de salud, los procesos de desinstitucionalización, la ideología y los discursos dominantes junto a la coyuntura histórica, intervienen y delimitan cada una de las versiones.

Las primeras definiciones (Golman, 1981; NIMH, 1987) sobre TMSP hacen referencia principalmente a trastornos mentales de duración prolongada, que conllevan la presencia de discapacidad y disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. Destacamos aquí la relación directa de causa-efecto establecida entre diagnóstico y discapacidad. Investigaciones más recientes (Slade, 1996, Ruggeri et al, 2000; Parabiaghi et al, 2006; Lopez y Laviana, 2007), si bien acuerdan en las tres dimensiones principales, plantean la importancia de agregar aquellas que hagan referencia

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi  
 Bossetti | Martínez | Treffilo | Ota | Rodríguez | Provenzano | Toth

al contexto, como la presencia o carencia de apoyos y a la cotidianidad de la persona. En este sentido, complejizan la categoría y abren la posibilidad de comprender la discapacidad y la duración más allá del diagnóstico, y en relación a las condiciones concretas de vida de las poblaciones como de los recursos existentes, ya sean los formales en el marco del sistema de salud, como también los de la vida cotidiana y comunitaria próximos a los sujetos.

A su vez, Lopez y Laviana (2007) sitúan dentro de las tres dimensiones propias del TMSP, la sintomatología en lugar del diagnóstico. Si bien afirman que puede traducirse en un diagnóstico, lo relevante de la sintomatología descansa en los inconvenientes en la captación de la realidad y el manejo de las relaciones interpersonales, entre otras; buscando, sin desestimar el diagnóstico, considerar las características y alcances del impacto.

Pese a la variedad de definiciones y a la dificultad en la unificación de criterios, consideramos que la potencialidad de TMSP se sitúa principalmente en el punto de encuentro entre las diferentes versiones de la misma: su carácter multidimensional y la posibilidad que abre de contemplar los aspectos sociales y subjetivos, además de los sanitarios, que intervienen en las problemáticas severas de salud mental corriendo del centro el diagnóstico como único criterio de definición, y

entendiendo sus diversas dimensiones como aspectos que no existen en la realidad de manera desligada, sino de forma interdependiente. También la denominación del concepto *severo y persistente* implica una diferencia en relación a la cronicidad, ligada habitualmente a parámetros de clasificación diagnóstica. Es importante desestimar la relación causal entre diagnóstico y discapacidad, donde determinar la supuesta patología mental nos indicaría el grado de discapacidad. La ventaja de la categoría es visibilizar las múltiples dimensiones del padecimiento mental.

### **TMSP, Inequidad Social y Procesos de Vulnerabilización**

La historización y las diversas dimensiones de las definiciones de TMSP nos brindan un marco para pensar a nivel local los criterios que permiten construir una perspectiva del concepto, más cercano a nuestra realidad social, histórica y política.

En ese sentido, nos planteamos la necesidad de reflexionar sobre nuestro contexto, entendiendo que la cooperación y los conflictos son la base de la vida en común, las dimensiones de los problemas se desprenden de lo que acontece en la vida cotidiana de las personas. Las condiciones de reproducción de la población se visibilizan en los niveles de la vida institucional en donde se establecen (Galende, 2015).

Es por esto que nos interrogamos acerca de cómo incluir los altos niveles de desigualdad que atraviesa la estructura social Argentina en relación a la categoría TMSP que nos proponemos trabajar. Según el Informe *Deterioro de las condiciones de subsistencia económica en tiempos de Pandemia* del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA, 2020), durante el 2° trimestre del año 2020, escenario efectivo de la crisis generada por la crisis sanitaria COVID19, la tasa de indigencia habría sido de 13,6% y la tasa de pobreza de 47,2%. Estas tasas representan un aumento del 79% y del 32%, respectivamente, con respecto a las tasas de igual período del año 2019. El segundo trimestre de 2020 aumentó de 20 a 25 veces la brecha de ingresos entre los más pobres y los más ricos (UCA, 2020: 5).

Las inequidades y la desigualdad producen procesos de pauperización de la población, tienen consecuencias en las condiciones concretas de vida de las personas y acrecientan el deterioro de la trama social. Nos referimos a aquellas situaciones que se ven signadas por la falta de acceso a condiciones elementales de existencia que producen desamparo social y agudizan las problemáticas de violencias, generando y/o profundizando sufrimiento psíquico.

Para reflexionar acerca del concepto de TMSP y las dimensiones que lo constituyen desde nuestras latitu-

des, creemos necesario tener en cuenta la precarización de las condiciones de existencia, la falta de acceso a servicios básicos, la distribución desigual de los recursos, la vulneración de derechos y la fragilidad de los lazos sociales y soportes relacionales. Creemos que la categoría que nos permite pensar esta dinámica en el marco del presente artículo es la de *procesos de vulnerabilización*, los cuales están conformados por un “conjunto de estrategias biopolíticas que incluyen –junto a la precarización económico-laboral, la desafiliación y la crisis de los procesos identificatorios– la producción de procesos subjetivos complejos, produciendo específicas fragilidades sociales y subjetivas” (Fernández, 2005: 133).

Para Carballada (2018), las desigualdades sociales van desgastando las referencias y el sentido, la imposibilidad del ejercicio de los derechos sociales lleva también al estallido de los derechos civiles, se rompen los puntos de apoyo y esto lleva a la construcción de una subjetividad cada vez más asediada. “La desigualdad, se inscribe en los cuerpos, les arranca la historia, lo colectivo, la pertenencia y, se expresa también a través de la palabra en clave de padecimiento” (Carballada, 2018).

En esta línea, y recuperando lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, las limitaciones en los derechos humanos básicos de individuos y comunidades vulnerables pueden actuar como “poderosos

determinantes de los trastornos mentales” (OMS, 2004: 7). Esto también está contemplado en la propia definición de salud mental propuesta en la Ley N° 26.657: 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.

El 1° Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental realizado durante 2019 arrojó que de las 12.035 personas censadas, la media de internación de las mismas en instituciones monovalentes es de 8 años (siendo 4 en instituciones privadas y 12 en las públicas), al menos el 37,2% se encuentra internada por razones sociales o de vivienda, el 60,4% no firmaron consentimiento informado y sólo el 36,4% tiene criterio de internación (existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros). Respecto a la disposición y administración de bienes, el 68,8% tiene ingresos económicos pero solo el 28% los administra, y si bien el 58% tiene vivienda, solo el 74% dispone de ella. Hay un 25,3% que no cuenta con ingresos y un 20,6% refirió no saber leer ni escribir.

En el contexto actual de nuestro país es insoslayable situar la inequidad y los procesos de vulnerabilización como eje transversal a la categoría TMSP, ya que nos permite trabajarla no solo a la luz de nuestra realidad

social, histórica y política, sino que también nos posibilita problematizar dos dimensiones fundamentales: Diagnóstico y Discapacidad.

### **De la categoría del TMSP hacia la configuración del Padecimiento Mental Severo y Persistente basado en el Modelo Social de la Discapacidad y en el Modelo de Salud Mental Comunitaria**

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) a la cual nuestro país adhiere mediante la Ley N° 26.378/2008, plantea que la discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2006).

Dicha conceptualización descentra el foco en el diagnóstico y plantea un modelo social de la discapacidad que apunta a una visión general e integral de las personas, y concibe las condiciones concretas de existencia como parte fundamental del proceso salud-enfermedad.

Cecilia Augsburger y Sandra Gerlero (2005) ubican los riesgos de pensar la patología como hecho meramente natural, biológico y ahistórico, propio del Modelo Médico Hegemónico, y señalan que entender los procesos de salud enfermedad en relación a la historia y

la cultura nos permite corrernos de una visión coyuntural de los procesos patológicos, y habilita a comprender la expresión de los fenómenos en las condiciones que se generaron.

Es en este sentido que el modelo social de la discapacidad y el modelo de salud mental comunitaria nos acercan un nuevo marco para pensar intervenciones en salud mental respetuosas de los derechos humanos. Estos modelos hacen entrar en escena a las/os usuarias/os de los servicios de salud/salud mental y entienden fundamental tener en cuenta su voz, sobre quienes han recaído las intervenciones manicomiales, lo cual constituye un punto irrevocable que marca en la cultura el lema “nada sobre nosotros sin nosotros”, impactando en la vida de quienes lo nombran y lo sostienen constituyéndose en actores claves en la lucha por sus derechos, poniendo en agenda la construcción de políticas públicas acorde a sus necesidades y con su participación efectiva.

En esta línea entendemos que para pensar el TMSP en clave de padecimiento no solo es necesario cambiar el modo de nombrarlo, pudiendo ser Padecimiento Mental Severo y Persistente (PMSP), sino también necesitamos disponer de una herramienta que nos permite corrernos de los criterios de los manuales de clasificación diagnóstica (CIE/DSM) y nos habilite a conocer y comprender la situación singular de aquellos usua-

rias/os con padecimiento severo y persistente en la red de APS. En este sentido, pensar en la construcción de un *diagnóstico de situación* quizás aporte mayores posibilidades para el trabajo de situaciones de padecimiento severo y persistente en la red de APS, considerando a la subjetividad como dimensión transversal a las prácticas de salud (Bang y Stolkiner, 2003).

El *diagnóstico de situación* tiene como objetivo identificar las dimensiones subjetivas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que producen procesos de atención integral. Dicho diagnóstico se construye mediante la práctica de una clínica ampliada (Campos, 2001), y mediante el ejercicio de alteridad para comprender cuáles son las posibilidades del otro, desde dónde lee su situación, desde dónde las elabora. Es un diagnóstico que contempla la dimensión psicológica, social y orgánica, y que identifica riesgos y vulnerabilidades. Sirve para entender cómo el/la usuario/a construye el problema, pues entender cómo construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos/as los proyectos de cambio (Ferrandini, 2011).

Siguiendo esta línea, entendemos que para construir un diagnóstico situacional es fundamental mapear el contexto social e histórico de la persona, su familia, indagar los itinerarios terapéuticos, historizar los procesos de atención, realizar la evaluación de las vulne-

rabilidades compuestas por los factores de riesgo y los factores de protección.

Nos interrogamos acerca de cómo generar un aporte en relación al proceso de atención-cuidado de usuarias/os con padecimiento mental severo y persistente, que contribuya al fortalecimiento de la continuidad de la atención en el marco de la red de APS.

Lopez y Laviana (2007) operativizan el concepto TMSP considerando dimensiones que permiten identificar la población que necesita de cuidados en salud mental. Entendemos que en nuestro contexto es fundamental incorporar ese gesto, nos impulsa a pensar y construir dimensiones para operativizar la definición de Padecimiento Mental Severo y Persistente que nos habilite a puntualizar el *diagnóstico de situación*, referencia semántica que nos permite centrarnos en el modelo de salud mental comunitaria en nuestro contexto actual.

Las dimensiones que van a dar cuenta de la definición operativa del PMSP en nuestro contexto actual contemplan la traducción vinculada a nuestros territorios y marcos teóricos. Hemos sumado, a las dimensiones ya planteadas por Lopez y Laviana (2007), dimensiones vinculadas a las características de nuestro territorios, imprescindibles para pensar el padecimiento subjetivo en clave contextual:

- Una sintomatología caracterizada por las dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales, no hablándose de un “diagnóstico nosográfico”.

- Evolución prolongada en el tiempo (habitualmente más de dos años), lo que implica, además, una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, con hincapié en los de hospitalización.

- La existencia de un medio social próximo (contexto) poco tolerante o agotado, que debe ser considerado a la hora de analizar la situación de las personas que requieren atención y definir las intervenciones.

- Alteraciones en varios aspectos funcionales, como la vivienda, tareas de la vida cotidiana, las relaciones sociales, el empleo, la conducta social.

- En una sociedad desigual como la nuestra, con altos índices de pobreza, desempleo e indigencia, la vulneración de derechos y la fragilidad de los soportes relacionales están presentes. Resulta significativo incluir los “factores de protección social” como una nueva dimensión, ya que contar con la protección social necesaria posibilita garantizar derechos básicos, y que los mismos sean soporte de otras estrategias e intervenciones vinculadas al proceso de atención en salud.

- Procesos de autonomía, vinculados a la necesidad de apoyos formales (utilización continuada de recursos

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi  
Bosssetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

sanitarios y sociales) e informales (familiares, allegados/as, comunidad). Propiciar procesos de autonomía es prioritario para la participación plena en la sociedad y considera fundamental producir las apoyaturas que se requieran (ONU, 2006).

### Reflexiones Finales

La categoría de TMSP no constituye una categoría cerrada y unívoca, va siendo delimitada de diversos modos en función de las características contextuales (sociales, políticas, históricas) de cada región en que es utilizada, contemplando las especificidades de cada contexto, las particularidades de cada sistema de salud y las características poblacionales. Se constituye en una categoría multidimensional, integradora, permitiendo problematizar y superar anquilosadas dicotomías como por ejemplo “crónico” y “agudo”, evitando el reduccionismo que se da bajo el rótulo del diagnóstico nosográfico en el marco de un proceso de desinstitucionalización, considerando las dimensiones socio-sanitarias y permitiendo obtener datos fiables para planificar y organizar recursos e intervenciones.

El deslizamiento de Trastorno Mental Severo y Persistente a Padecimiento Severo y Persistente apuesta a tomar un posicionamiento clínico-ético-político. Si entendemos que los modos de nombrar son performativos, dan cuenta de modalidades de atención y de

la construcción y diseño de políticas públicas en salud mental. En el marco del enfoque de derechos humanos, el término padecimiento incluye la dimensión subjetiva; es decir, el sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social, en el sentido de entender el padecimiento no asociado a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad, sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural.

¿Por qué consideramos que el padecimiento severo y persistente es una categoría clave para el trabajo desde la estrategia de APS? Porque identificar grupos poblacionales que engloben problemáticas que necesitan la implementación de estrategias de abordaje similares, más allá de la especificidad y singularidad de cada caso, e independientemente del diagnóstico, que precisan una atención diferenciada, debido a la variedad y complejidad de las dificultades que enfrentan y, teniendo en cuenta que parte de estos usuarios/os serían los externados de los HP, se convierte en un desafío fundamental para los equipos de salud en el proceso de implementación de una red de atención coordinada y articulada entre todos sus niveles, que sustituya la necesidad de los hospitales psiquiátricos para su posterior cierre definitivo.

Precisar esta categoría no solo apunta a producir procesos de atención- cuidado ajustados a las necesidades de las personas a partir de la reformulación de

las dimensiones, también implica generar herramientas específicas para transformar las prácticas de los equipos interdisciplinarios en el abordaje de los padecimientos mentales severos y persistentes.

### Bibliografía

**Bang, C. y Stolkiner, A. (2013).** Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, docencia y tecnología, Volumen 24*,123-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14527692005>

**Campos, G.W.S. (2001).** *Gestión en salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.

**Carballeda, A. (2018).** Las sociedades de la desigualdad. En *Entredichos. Intervenciones y Debates en Trabajo Social*, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Dossier N°4. Disponible en: <http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2018/12/04/n4-las-sociedades-de-la-desigualdad/>

**Conejo Cerón, S. (2014).** Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. Disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272014000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272014000200005)

**Faraone, S. (2013).** Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Revista Salud Mental y Comunidad N° 3.* UNLa, 29-40.

**Fernandez, A.M.; López, M. (2005).** Vulnerabilización de los jóvenes en Argentina: Política y Subjetividad. *Revista Nómadas*, Universidad Central de Colombia, N° 23.

**Ferrandini, D. (2011).** Algunos problemas complejos de salud. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

**Galende, E. (2015).** *Conocimiento y prácticas en salud mental.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2015.

**Gerlero, S. y Augsburger, C. (2005).** La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, Volumen 15.

**Goldman, M. D. (1981).** Defining and Counting the Chronically Mentally III. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.32.1.21>

**Ley N° 26.378.** Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

**Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010).** Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

**Lopez, M. y Laviana, M. (2007).** Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, Volumen 27, 187-223. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352007000100016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016)

**National Institute of Mental Health. (1987).** *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*. Washington, DC: NIMH.

**Navarro, D. y Carrasco, O. (2010).** Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial*, Volumen 7, 11-25 Fundación de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. FISLEM. Toledo, España.

**Organización de Naciones Unidas (ONU, 2006).** Convención de los derechos de las personas con discapacidad.

**Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004).** Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Disponible en: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)

**Parabiaghi, A; Bonetto, C; Ruggeri, M; Lasalvia, A; Lesse, M (2006).** Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Volumen 41, 457-463.

**Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019).** Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf><https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

**Ruggeri et al (2000).** Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Disponible en

Díaz | Benítez | Santanocito | Garcete | Matkovich | Pietrodarchi Bossetti | Martínez | Treffilo | Otta | Rodríguez | Provenzano | Toth

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/definition-and-prevalence-of-severe-and-persistent-mental-illness/44991EA2B93AD2537AED6383A>

**Ruggeri, M; Leese, M; Thornicroft, G; Bisoffi, G; Tansella, M. (2000).** Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British journal of psychiatry*, Volumen 177, 149-155.

**Schinnar, Ph.D., Aileen B. Rothbard, Sc.D., Rebekah Kanter, M.S., and Yoon Soo Jung, M.A.:** An Empirical Literature Review of Definitions of Severe and Persistent Mental Illness.

**Slade, M; Powell, R; Strathdee, G. (1997).** Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Volumen 32, 177-184.

**UCA (2021).** Informe Deterioro de las condiciones de subsistencia económica en tiempos de Pandemia. Observatorio de la Deuda Social Argentina, Buenos Aires. Disponible: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/observatorio%20deuda%20social/documentos/2020/2020-observatorio-socioeconomico-informe-tecnico-serie-impacto-social-covid-19%20amb.pdf>

