


Fall 2018

Las perspectivas de los trabajadores sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. / Perspectives of workers on the accessibility of public resources for the treatment of depression and anxiety in the Metropolitan Area of Buenos Aires: Qualitative exploratory-descriptive study.

Ellen Broaddus  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)

 Part of the [Community Health Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), and the [Latin American Studies Commons](#)

---

### Recommended Citation

Broaddus, Ellen, "Las perspectivas de los trabajadores sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires: Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. / Perspectives of workers on the accessibility of public resources for the treatment of depression and anxiety in the Metropolitan Area of Buenos Aires: Qualitative exploratory-descriptive study." (2018). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2949.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2949](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2949)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

Las perspectivas de los trabajadores sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires:

Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo.

Perspectives of workers on the accessibility of public resources for the treatment of depression and anxiety in the Metropolitan Area of Buenos Aires:

Qualitative exploratory-descriptive study.

Ellen Broaddus

Tutor: Jose Cohen

Otono 2018 (Fall 2018)

Buenos Aires, Argentina

Noviembre de 2018

SIT Argentina Salud Pública en Ambientes Urbanos

## Resumen

En los últimos años, el tema de la salud mental se ha convertido en un elemento fundamental para la salud y el bienestar. Con la ley nacional 26.657 de 2010, Argentina declaró que todos tendrían servicios de salud mental gratuitos y accesibles y que no serían discriminados por sus trastornos. Sin embargo, los trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad, siguen siendo muy frecuentes, y en realidad muchos de los recursos públicos prometidos no son en realidad accesibles. Para investigar el estado actual de la salud mental pública, esta investigación buscó en los profesionales del campo para explorar sus evaluaciones sobre accesibilidad, calidad y barreras a la verdadera cobertura universal. De ahí sale el propósito principal de esta investigación- explorar las perspectivas de los trabajadores del campo de la salud mental sobre la accesibilidad a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Para ejecutar este objetivo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas con nueve profesionales en el sector público del AMBA durante noviembre de 2018. Se entrevistó a psicólogos, psiquiatras y graduados de salud mental en residencia para comprender sus pensamientos y experiencias con accesibilidad a la psicoterapia y la medicación psicoactiva para personas que sufren depresión y ansiedad. También se les preguntó acerca de las barreras económicas para el acceso, así como la efectividad de la legislación nacional, provincial y de salud mental de las ciudades. Por último, se les preguntó acerca de qué tipos de discriminación y estereotipos rodean los temas de terapia y medicamentos antidepresivos, tanto a nivel social como personal.

Los resultados mostraron similitudes significativas en las perspectivas de los trabajadores, quienes acordaron por unanimidad que, a pesar de la creación de leyes progresivas e integrales, el sector público de salud mental no tiene suficientes recursos. Estaban de acuerdo en que estas deficiencias se derivan en gran parte de las luchas económicas actuales de Argentina, tanto a nivel sistémico como comunitario, pero que también están en juego las fallas administrativas. Estas incluyen la falta de inversión en atención primaria, así como la falta de comunicación interna. Finalmente, discutieron que las barreras culturales y la discriminación han disminuido cada vez más con respecto a la psicoterapia, pero aún es muy relevante para aquellos que toman medicamentos, así como para la discriminación por parte de profesionales en otros campos. Sin embargo, los psicólogos y los psiquiatras diferían ligeramente con respecto a su caracterización y descripción de la depresión y la ansiedad. Si bien ambos estuvieron de acuerdo en que, en general, la medicación está sobre usada, los psicólogos tenían menos probabilidades de decir que en muchos casos es necesario. En general, los trabajadores acordaron que sus colegas, a pesar de los recursos limitados y el agotamiento significativo, hacen todo lo posible para proveer a la comunidad.

## **Abstract**

In recent years, the issue of mental health has become recognized as a fundamental element for health and well-being. With the national law 26.657 of 2010, Argentina declared that everyone would have free and accessible mental health services and that they would not be discriminated against for their disorders. However, mental disorders, especially depression and anxiety, remain very frequent, and in reality many of the promised public resources are not actually accessible. To investigate the current state of public mental health, this investigation sought out professionals in the field to explore their assessments of accessibility, quality and barriers to true universal coverage. Hence the main purpose of this research is to explore the perspectives of workers in the field of mental health on the accessibility of public resources for the treatment of depression and anxiety currently in the Metropolitan Area of Buenos Aires.

To accomplish this goal, semi-structured interviews were conducted with nine professionals in the public sector of the AMBA during November 2018. Psychologists, psychiatrists and mental health graduates in residency were interviewed to understand their thoughts and experiences with accessibility to psychotherapy and psychoactive medication for people suffering from depression and anxiety. They were also asked about the economic barriers to access, as well as the effectiveness of national, provincial and mental health legislation in cities. Finally, they were asked about the users of these public institutions and what types of discrimination and stereotypes surround the topics of therapy and antidepressant medications, both socially and personally.

The results showed significant consistencies in workers' perspectives, who agreed unanimously that despite the creation of progressive, holistic laws, the public mental health sector is severely under resourced. They agreed that these shortcomings are largely derived from Argentina's current economic struggles, both at a systemic and community level, but that administrative fault is also at play. These include lack of investment in primary care as well as lack of internal communication. Lastly, they discussed that cultural barriers and discrimination has increasingly lessened with regards to psychotherapy but is still very prevalent for those who take medications as well as discrimination by professionals in other fields. Psychologists and psychiatrists differed slightly with respect to their characterization and description of depression and anxiety. While both agreed that, in general, the medication is overused, psychologists were less likely to say that in many cases it is necessary. Overall, workers agreed that their colleagues, despite limited resources and significant burnout, try their best to provide for the community.

## Tabla de contenido

Resumen.....	2
Indice .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Agradecimientos .....	5
1. Introducción.....	6
2. Marco de referencia teórico-conceptual .....	8
2.1 La salud y los trastornos de depresión y ansiedad .....	8
2.2. Causas y desinformación.....	9
2.3 Definición de recursos.....	11
2.4 Definición de Accesibilidad .....	12
3. Metodología.....	13
4. Desarrollo.....	14
4.1 Adherencia a las leyes .....	14
4.2 Barreras Administrativas.....	15
4.3 Barreras Económicas .....	20
4.4 Barreras Culturales .....	25
5. Conclusiones .....	29
Referencias.....	33
Apendice.....	38
<b>Guia de Entrevista de Trabajadores</b> .....	38
<b>Consentimiento Informado</b> .....	40

## **Agradecimientos**

Esta investigación no se habría posible sin la ayuda de muchas personas y organizaciones. Quiero agradecer no solo a lxs personxs que figuran a continuación pero todxs que contribuyeron de alguna manera, a través del apoyo, el conocimiento o la alegría de mi proyecto y de mi increíble experiencia en Argentina.

A Ana Rita Díaz-Muñoz, Valeria Lliubaroff, Dana, Dan, Lucia ETC y todo del equipo del SIT Argentina Salud Público en Ambientes Urbanas que trabajaron incansablemente para darnos la mejor experiencia posible.

A Jose Cohen, mi increíble consejero, quien me ayudó a lo largo de toda la investigación, y que siempre fue amable, reflexivo y bien informado.

A todxs lxs entrevistadxs, quienes, a pesar de sus apretadas agendas, me dieron su tiempo y sabiduría que enriquecieron enormemente la investigación. También me gustaría agradecerles por su arduo trabajo y compromiso para mejorar la salud mental de las personas de Argentina.

A todxs lxs profesorxs y profesionalxs que nos enseñaron durante el semestre y crearon la fundación en la que está formado la investigación

A Agustín Arispe, mi tutor de español, por trabajar duro para mejorar nuestro español durante todo el semestre y por corregir cuidadosamente mi trabajo durante su desarrollo

A mis compañeros de clase y amigos de por vida, por ayudarse unos a otros a través de los desafíos y hacer que esta experiencia sea inolvidable.

A Estella y Kevin, mi familia anfitriona por su constante amor, apoyo, la alegría que me brindaron y el impacto que tuvieron en mi corazón.

## 1. Introducción

En las últimas décadas el tema de la salud se ha convertido en algo muy holístico: ahora la salud, según la Organización Mundial de Salud (OMS), “no sólo [es] la ausencia de enfermedad”, sino que es “un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social” (OMS, 2018). El interés en el tema de salud mental ha crecido en muchas partes del mundo, especialmente en Argentina, que ahora tiene la mayor cantidad de psicólogos per cápita (Landau, 2013). También, en 2010 el gobierno de Argentina creó un ley que asegura “el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas” (Ministerio de Salud, 2010, p.9). Aunque, la salud mental todavía es un gran problema: en 2016 el Ministerio de Salud calculó que 25% de los Argentinos tendrán un trastorno mental durante su vida, siendo los dos más comunes depresión (5% de la población) y ansiedad generalizada (3.4% de la población) (Ministerio de Salud, 2016). Y, a pesar de una “alta concentración de especialistas”, la Organización Panamericana de Salud (OPS) encontró que entre el 75 y el 80% “de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento” (Bar, 2016). Además Argentina tiene la trigésimo novena tasa más alta de suicidios, con 14.2 de cada 100,000 personas (“Suicide Rate by Country”, 2018).

En teoría, toda la gente puede acceder a recursos de salud mental, pero como muchas áreas del sistema de salud, es posible que haya una falta grande de acceso. Por eso, exploramos acerca de las perspectivas de trabajadores sobre la accesibilidad actual de los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad.

En primer lugar, este trabajo se enfocó en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), una “zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)” y los vecinos 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires (los conurbanos), y que “representan el 37% de los habitantes de la Argentina” (Unidad de Proyectos, n.d.). Existen muy pocos datos sobre AMBA, por eso, la realización de esta investigación, aunque cualitativa, exploratoria y no representativa, aporta datos necesarios y útiles para evaluar el estado actual de la accesibilidad es AMBA. También, era ventajoso explorar el AMBA para comprender cómo la legislación de la ciudad, provincia y nación funcionan en conjunto. En segundo lugar, la investigación se enfocó solo en las instituciones y recursos públicos. Aunque la atención de salud está

garantizada por las leyes como un recurso público gratuito y “accesible” para todo, en la práctica la situación es muy diferente: un tercio de los argentinos “no logra acceder a la atención de la salud” (Czubaj, 2018). En último lugar, como hay muchos tipos de trastornos mentales, cada cual requiere un tipo y nivel de tratamiento diferente, la investigación se enfocó en los dos más comunes en Argentina y en el mundo: la ansiedad y la depresión (“Types of Mental Illness”, 2009). Esta investigación era importante para entender más sobre la accesibilidad y la calidad de recursos públicos de salud mental, que es integral para la salud general.

La importancia de esta investigación era humanitaria, sistémica y económica. Los trastornos mentales a menudo son malentendidos y con frecuencia son estigmatizados, y el Ministerio de Salud de Buenos Aires publicó que “la estigmatización es uno de los factores más estrechamente ligados a la exclusión en salud y hace que los pacientes desciendan al fondo de la escala económica y cultural” (Geffner et. al, 2017). También era importante investigar la eficacia de leyes como la Ley Nacional de Salud Mental y si en realidad están proporcionando los recursos que están garantizados como derechos. Por último, los trastornos mentales no solo causan problemas de salud sino también problemas económicos; se ubican, según el Banco Mundial, “al tope del ranking de carga de enfermedad”, y “originaron costos estimados en alrededor de 800.000 millones de dólares en 2010, una cifra que podría más que duplicarse para 2030” (Bar, 2016).

Esta investigación incluyó investigaciones de datos censales, leyes nacionales, provinciales y de la Ciudad, entrevistas con psicólogos y psiquiatras sobre sus experiencias, y observaciones en campo. La investigación era cualitativa y exploratoria, con un objetivo general a trabajar en la siguiente pregunta central: ¿Cuáles son las perspectivas de los trabajadores del campo de salud mental sobre la accesibilidad de los usuarios a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires? Tuvo 3 objetivos específicos: el primero era conocer acerca de la accesibilidad a tratamientos de psicoterapia y medicamentos antidepresivos en el campo público, incluso pensamientos sobre si hay suficientes psicólogos, psiquiatras y si las instituciones de salud mental cuentan con suficientes fondos y recursos. El segundo era entender más sobre las barreras



económicas para el acceso como el costo y tiempos de espera para las citas de terapia y la medicación, en comparación a lo que es ofrecido por las leyes 26.657 de la Nación, 14.580 de la Provincia de Buenos Aires y 448 de la Ciudad de Buenos Aires. Finalmente, el tercero era indagar si existen estereotipos o discriminación con respecto a la psicoterapia o la medicación, cuáles son y quienes los producen.

## **2. Marco de referencia teórico-conceptual**

### 2.1 La salud y los trastornos de depresión y ansiedad

Hoy en día la salud mental se considera fundamental en el campo de la salud global. Porque como el tema de salud mental es increíblemente complejo y multidimensional, es importante aclarar que esta investigación se centrará en solo una parte de este campo: la experiencia en la práctica para acceder a recursos públicos en el AMBA para enfrentar los problemas de depresión y ansiedad.

Para empezar, es importante aclarar qué se entiende por “depresión” y “ansiedad”. En las alegrías y los desafíos de la vida, es común experimentar una variedad de emociones, desde la tristeza y el estrés hasta la alegría y el amor. Sin embargo, la depresión y la ansiedad discutidas en este documento no se refieren a las emociones, que son temporales y situacionales, sino a los trastornos neurológicos identificados por la comunidad científica. Según la OMS (“OMS | Depresión”, 2017), la depresión “es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (“Depression and Other”, 2017). La depresión, que es “un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable”, puede impedir “el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” y en algunos casos conducir al suicidio (“Depression and Other”, 2017). Actualmente la depresión afecta a mundialmente 300 millones de personas, está aumentando, especialmente en los países más pobres y es la mayor contribuyente a la discapacidad global (“Mental Health Atlas”, 2011). En 2017 Argentina tuvo 1.914.354 casos reportados de trastornos depresivos, 4.7% de la

población, que es un poco mayor de la tasa mundial (4.4%) (“Depression and Other”, 2017).

En Argentina los trastornos de ansiedad también son muy prevalentes (más aún que la depresión), afectando a 2,542,091 personas en el país, 6.3% de la población en comparación con 3.6% mundial (Depression and Other”, 2017). Los trastornos incluyen las fobias, el trastorno de pánico, y el trastorno de ansiedad generalizada, que “consiste en sentir ansiedad y preocupación persistentes y excesivas... incluso [sobre] cuestiones ordinarias y rutinarias,... es difícil de controlar y afectar el estado físico” (Mayo Foundation, 2016). Los trastornos de ansiedad (al menos los diagnosticados) son más comunes en las mujeres (4.6% vs. 2.6% mundial) y en muchos casos con comórbido con otros trastornos, especialmente con depresión (Depression and Other”, 2017).

## 2.2. Causas y desinformación

Desafortunadamente hay mucha desinformación sobre las causas de depresión y ansiedad, en parte por estereotipos y en parte porque las causas son multifacéticas. Algunas personas piensan que estos problemas son causados solamente por un desequilibrio de las sustancias químicas del cerebro, pero eso es una gran simplificación. A lo que la mayoría de las personas se refieren es a la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, los 3 neurotransmisores que se cree que afectan la regulación del estado de ánimo (Schimelpfening, 2018). Pero es mucho más complejo que solo químicos y estructuras cerebrales los que afectan los sentimientos, y también otros factores como “vulnerabilidad genética, eventos estresantes de la vida, medicamentos y problemas médicos” (Harvard Health, 2017). Aunque no hay una sola causa de depresión o ansiedad, la mayoría de los científicos están de acuerdo en que son trastornos, causados por diferencias físicas en el cerebro y sus componentes. Sin embargo, hay alguna gente, como los médicos homeópatas y aquellos que no creen en la ciencia o la medicina tradicional que cree que depresión y ansiedad no son trastornos sino son resultados de situaciones de la vida. Esta retórica es minoritaria y

no está respaldada por la mayoría de los científicos, pero es muy dañina para las percepciones de las personas con estos trastornos.

Un ejemplo es el Dr. Mercola, un defensor de la medicina alternativa, médico osteópata y que critica el uso de vacunas, medicamentos de prescripción y cirugías preventivas, independientemente de la mayor parte de evidencia científica (Mercola, 2018). Su sitio de web fue la tercera opción que apareció después de googlear "químicos que causan depresión", y habla sobre la medicación como una estrategia de ventas de las compañías farmacéuticas. En su lugar, cree que la cura de trastornos mentales es comer y dormir bien, hacer ejercicio, y elementos esenciales como el aire, sol y agua (Mercola, 2018). Es verdad que estas cosas son muy importantes y pueden ayudar a la gente con depresión y ansiedad y a mejorar su vida, pero en muchos casos no pueden erradicar los problemas fisiológicos que causan los trastornos. Además, la revisión más grande de los ensayos de antidepresivos descubrió que las 21 investigaciones estudiadas funcionaron mejor que un fármaco placebo (Bazian, 2018). Por eso, esta investigación se enfocará en la escuela de pensamiento que postula que depresión y ansiedad son trastornos causados en parte por factores que no se pueden modificar (además de factores de estilo de vida controlables) y que, en algunos casos, los medicamentos pueden ser útiles.

También es vital comprender la importancia de la situación socioeconómica de la vida en el desarrollo de la depresión y la ansiedad. Si bien algunas depresiones pueden provenir de factores biológicos puramente, a menudo son desencadenados por cambios ambientales o inestabilidades, como estrés, problemas de salud, conflictos o dificultades financieras (DepressionHurts.ca, n.d.). Por ejemplo, utilizando un análisis de 288,000 entrevistas, el índice de bienestar de Gallup Healthways encontró que las personas que viven en la pobreza tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión, una disparidad mayor que cualquier otra enfermedad crónica (Brown, 2012). Esta tendencia también se aplica a los trastornos de ansiedad, ya que algunos estudios consideran que la pobreza, en lugar de la enfermedad mental, es su causa principal (Tucker, 2012). Los hallazgos como este enfatizan la importancia de considerar la depresión y la ansiedad como trastornos de la sociedad en lugar de solo los

individuales, mostrando la importancia de considerar el tema dentro de la atmósfera socioeconómica y cultural.

### 2.3 Definición de recursos

Aunque hay una variedad de recursos disponibles para tratar depresión y ansiedad, esta investigación se enfocó en dos: psicoterapia y medicamentos antidepressivos.

#### a. La Psicoterapia

Existen muchos tipos diferentes de psicoterapia, incluida la terapia cognitivo conductual, el psicoanálisis, la terapia interpersonal y la terapia de grupo, todos con diferentes estrategias y fortalezas (NHS, 2018). Aunque las personas responden de manera diferente a varios tipos de terapia, la mayoría de los estudios sugieren que la psicoterapia en general bien aplicada aumenta sus posibilidades de mejora o recuperación en un 20-30% (Carey, 2015). En el caso de la ansiedad, muchos meta análisis han encontrado que “tratamientos psicológicos y la farmacoterapia son igualmente eficaces” y que “las menores tasas de desgaste asociadas con intervenciones psicológicas sugieren que la mayoría de los pacientes tolera mejor estos tratamientos” (Hunsley, et al., 2013, p. 13). Actualmente la Ciudad de Buenos Aires tiene la mayor proporción de psicólogos en el mundo, pero ya que generalmente aquellos que trabajan en un sector privado ganan más dinero que los del sistema público, a menudo es difícil para aquellos que dependen de la atención de salud pública acceder a ellos (Stein-Sparvieri & Maldavsky, n.d., p. 6). Una crítica es que “los nuevos sistemas de gestión de la salud presionan a los psicoterapeutas hacia el uso de técnicas breves, no tanto o no sólo por criterio técnico o de costo humano, como por cuestiones de costo financiero, y a la vez tienden a disminuir los honorarios de los profesionales y a aumentar la carga financiera para el paciente” (Alonso, 1999, p.11). Debido a estas barreras económicas, es importante investigar la accesibilidad de la terapia pública en Argentina y las formas en que puede hacerse.

## b. Medicamentos antidepresivos

En los casos en que la terapia no tiene éxito (o en adición a la terapia), a los pacientes a menudo se les puede ayudar con medicamentos. En el campo de medicamentos, en esta investigación discutimos el uso de antidepresivos para ayudar con la depresión y ansiedad. Hay muchos mitos sobre los antidepresivos que influyen en la percepción pública. El más grande es que son "pastillas felices" y evitan el problema real. Aunque, los antidepresivos están diseñados para corregir los desequilibrios en ciertas sustancias químicas del cerebro que causan ansiedad y depresión, no para producir más felicidad ("Myths about Antidepressants", 2007). Una persona que no tenga estos desequilibrios químicos no se sentirá afectada por los antidepresivos, e incluso puede sentirse peor ("Myths about Antidepressants", 2007). También, mucha gente piensa que los antidepresivos son adictivos y deben ser tomados de por vida. Esto es falso, y, de hecho, el uso a largo plazo solo es necesario en pocos casos muy graves ("Myths about Antidepressants", 2007). Además de proporcionar alivio, los antidepresivos también pueden corregir de manera permanente las funciones cerebrales anormales que conducen a la depresión. Los antidepresivos no solo se usan para depresión, sino también para ansiedad. Aunque existen otros tipos de medicación para ansiedad como alprazolam, una benzodiazepina que relaja el sistema nervioso y produce efectos calmantes, no los incluyó en esta investigación porque son extremadamente adictivos y a menudo se abusa de ellos (Nichols, 2017). Hay muchas razones por las que las personas se oponen a los medicamentos, incluida la religión, el malentendido y la vergüenza, y los médicos están de acuerdo en que la terapia puede ser igual de útil. Sin embargo cuando estas medidas no son suficientes, los antidepresivos recetados con precisión son un medio seguro, a menudo eficaz para ayudar a tratar la depresión y la ansiedad.

## 2.4 Definición de Accesibilidad

En el campo de salud la accesibilidad "ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarán a la población", abordando qué tan bien un sistema puede superar las barreras de acceso que enfrentan las personas (Comes et. al, 2007). Aunque hay muchas barreras del acceso, esta investigación se enfocó en 3: las

barreras “administrativas”, “económicas” y “culturales” (Comes et. al, 2007). Por barreras administrativas se entienden si hay suficientes psicólogos y psiquiatras y si las instituciones de salud mental cuentan con suficientes fondos y recursos. En segundo lugar, por barreras económicas se entienden el costo y la capacidad de acceso a la terapia y la medicación. Aunque la terapia y la medicación supuestamente están garantizadas en el sector público, los posibles costos adicionales (como para medicamentos) o un proceso difícil de acceso (que puede ser impedido por horarios de trabajo o altos costos del transporte) constituirán barreras económicas. Finalmente, por barreras culturales se entienden los estereotipos y discriminación con respecto a la psicoterapia o la medicación.

### **3. Metodología**

Para mejor entender la accesibilidad de recursos públicos para tratar depresión y ansiedad en la actualidad, la población objetivo era trabajadores actuales en AMBA en el campo público de salud mental. También para entender más las experiencias y pensamientos de los trabajadores, la investigación era cualitativa y exploratoria. No se investigó la correlación ni la causalidad, ni se incluyó un análisis cuantitativo substancial, pero en su lugar tuvo como objetivo comprender la situación actual. De modo de ver las fuerzas y problemas con el sistema actual, usó un diseño observacional y también transversal para los trabajadores y recursos actuales en AMBA. Con el fin de que entender los recursos supuestos, usó fuentes secundarias de la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657, la Ley 14.580 de la Provincia de Buenos Aires y la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires. Además, se exploró el estado verdadero usando fuentes primarias de la experiencia en campo, como lo aprendido hablando con psicólogos y trabajadores en las instituciones públicas. Los métodos de recolección de datos incluyeron principalmente entrevistas etnográficas con trabajadores sobre sus experiencias. Se entrevistó 9 profesionales: 3 psicólogos, 1 psiquiátrica y 5 graduados en residencia. Para garantizar que los trabajadores se sientan seguros de compartir sus opiniones honestas sin recibir una reacción negativa, los nombres de los trabajadores y las instituciones específicas eran anónimos. También se incluyó observaciones en campo y estadísticas del web (del gobierno u otras fuentes

de confianza). La estrategia metodológica nos dio una comprensión más completa de la accesibilidad de los recursos de salud mental en AMBA.

## 4. Desarrollo

### 4.1 Adherencia a las leyes

En términos de derechos y recursos de salud mental, al menos en teoría, Argentina es bastante progresista. En 2010, el gobierno (con la presidenta Kirchner y el Ministro de Salud Dr. Juan Manzur) aprobó la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657, con 12 capítulos y 46 artículos describiendo los derechos y garantías de todas las personas con respecto a la salud mental y el tratamiento (Ministerio de Salud, 2010, p.9-45). La ley describe derechos y regulaciones, incluyendo “atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo”, “recibir la información” y “poder tomar decisiones” sobre su tratamiento, tener tratamiento “interdisciplinario” e información sobre los derechos en los casos de “internaciones involuntarias” (Ministerio de Salud, 2010, p. 9-45). Antes de esta ley nacional, la CABA ya tenía una Ley de Salud Mental N 448, aprobada en el 2000. La ley 448 habla sobre cosas como el derecho de “respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración” de personas en el proceso de atención, de “información adecuada y comprensible”, y de la estructura del sistema (Caram, 2000, p.2). También llamó a “la articulación de políticas y actividades de salud mental con los municipios del Conurbano Bonaerense” (Caram, 2000, p.3). No obstante, no informó nada sobre la atención gratuita y accesible para todos. Finalmente, está la Ley 14.580 de la Provincia de Buenos Aires, que fue aprobada en 2014 y describe la adhesión de la Provincia a la Ley Nacional de Salud Mental (El Senado, 2014). Se designa al Ministerio de Salud provincial “como Autoridad de Aplicación” con “un plazo máximo de treinta y seis meses para implementar las formas” y pedido “un relevamiento anual” de carácter público sobre el estatus de la implementación (El Senado, 2014).

Los trabajadores están orgullosos, pero también escépticos, de la legislación sobre salud mental. “*Se luchó mucho para la Ley [Nacional (26.657)] de Salud Mental. Es una de las leyes más avanzadas del mundo*” nos dijo un psicóloga, “*pero ahora está*

*perdiendo*” (Entrevista N1). Una de las principales fortalezas de la ley nacional era que impedía que los pacientes con enfermedades mentales fueran ignorados, algo que solía ser bastante prominente. Debido a muchas razones, como el estigma o la falta de recursos, un psicólogo explicó que a menudo las personas con enfermedades mentales serían rechazadas, al ser informadas sobre qué *“acá no atendemos psicóticos”*. Dado que la ley exige que se atienda a la gente, muchos trabajadores creen *“que ha mejorado la práctica de los trabajadores”*, que *“los pacientes de salud mental ya no pueden ser derivados”* (Entrevista N1 y N3). Los trabajadores notaron otros cambios positivos como que *“está fortaleciendo más los centros de salud y la atención primaria”*, además de detener la creación de manicomios (hospitales solo para pacientes psiquiátricos), que *“son lugares más terribles que pueden imaginar”* (Entrevista N1 y N4). Sin embargo, casi todos coinciden en que no se ha hecho lo suficiente. *“Debería haber mucha más inversión en salud mental. En general la salud mental en Argentina ha sido discriminada en los presupuestos y sigue siendo”* (Entrevista N1). A pesar de la ley, los trabajadores creyeron que los cambios prácticos han sido mínimos.

*“Hay una división entre lo que es la ley y es la práctica. La accesibilidad se ha avanzado en la ley, se ha avanzado en la reglamentaciones, pero en la práctica real no hay más servicios, no hay más camas en los hospitales generales, no más recursos, no hay más psiquiátricas, no hay más medicación, por lo cual no creció, no hizo nada. Es bastante triste que la formación de los recursos no sea el que acompaña en la ley* (Entrevista N5).

La siguiente sección investigó exactamente qué barreras: administrativas, económicas y culturales obstaculizan el intento de Argentina de brindar atención de salud mental a todos.

#### 4.2 Barreras Administrativas

Si bien muchos trabajadores estaban de acuerdo en que los recursos han aumentado considerablemente con respecto al pasado, no dudaban en decir que todavía hay un largo camino por recorrer, especialmente a nivel administrativo. Una



trabajadora pública de muchos años discutió su frustración con la distribución administrativa de recursos, diciendo que *“está bueno dejar en tu investigación que al estado argentino hoy no le interesa la salud mental ni va a invertir en la salud mental”* (Entrevista N1). Hay que decir que llevar la atención de salud mental gratuita y accesible a todos no es una tarea fácil, y especialmente dado los problemas económicos que enfrenta Argentina en este momento, debe haber compromisos. A pesar de esto, los trabajadores expresaron su preocupación especialmente con respecto a 3 fallas administrativas/ gestiones: falta de atención primaria, continuidad de tratamiento y la falta de comunicación entre campos y recursos.

En todos los campos, muchos trabajadores expresaron que para ellos una de las mayores debilidades del sistema de atención médica es la falta de apoyo en la atención primaria. Los trabajadores notaron la dificultad de obtener consultas psicológicas o psiquiátricas externas en los hospitales, ya que el personal ya está abrumado con la cantidad de pacientes hospitalizados. Por ejemplo, en un hospital que visitó en la provincia, un trabajador explicó que debido a que no se permitían las consultas externas, los pacientes acudían directamente a la guardia para ser atendidos como fueron consultas externas. Por eso, cada semana vienen un montón *“de pacientes que no están en urgencia, que no tienen criterio por guardia”* pero en cambio, *“para que el psiquiátrica les da las recetas”* para la continuación de su medicación (Entrevista N3). Este es un sistema extremadamente ineficiente, y resulta en una tensión excesiva en los recursos de emergencia. Además, muchos trabajadores expresaron que los recursos de salud mental en los centros de día carecen en gran medida. En la capital, los centros usualmente solo tienen psicólogos un día a la semana, y en la provincia, la mayoría no tiene ninguno. Y lo que es peor, los servicios psiquiátricos en centros de día son casi inexistentes (Entrevista N2). Incluso en la capital, la zona mejor financiada, donde *“en muchos servicios está la psicoterapia... [todavía] no está la psiquiatría o la medicación... [Acceder] a la psiquiatría y medicación cuesta mucho”*, y entonces es difícil dar *“un tratamiento completo”* (Entrevista N5). También, sin servicios primarios, los pacientes no pueden recibir tratamiento hasta que llegan al punto de necesitar hospitalización, atestando hospitales y causando a los pacientes sufrimientos innecesarios.

Además de carecer de recursos de intervención temprana, los trabajadores estaban muy frustrados por la falta de apoyo posterior a la hospitalización. Un trabajador explicó con elocuencia que, en casos graves de depresión y ansiedad, la vida después es muy delicada.

*“Cuando sale de la internación una persona no está lista para hacer una vida entre ‘normal’ porque tiene muchas valencias desde cuestiones cognitivas, habilidades, tal vez no pudo ir a la escuela suficiente o no pudo estudiar y entonces necesita una apoyó”, pero en muchos casos “no hay dispositivos donde las personas pueden continuar su vida afuera de la institución” (Entrevista N1 y N3).*

Esto causa una enorme cantidad de estrés que puede desencadenar una recaída. Sin embargo, existen centros posteriores a la hospitalización, como uno en la provincia que se centra en apoyar y reintegrar a las personas con esquizofrenia en la sociedad. Esta organización pública proporciona recursos de psicología y psiquiatría, talleres de radio, películas y muchas otras habilidades. Cuando visitamos, fue evidente la comunidad que el centro creía, tanto el apoyo y el progreso permitido por su trabajo. El problema es que existen muy pocos lugares como este, y los que lo hacen se centran en enfermedades mentales como la esquizofrenia en lugar de la depresión o la ansiedad.

De hecho, el tema de priorización es muy importante para la accesibilidad para la gente con depresión y/o ansiedad, porque en el sistema actual, según un psiquiatra, especialmente en hospitales *“se atienden más que nada la psicosis”* (Entrevista N5). Para las internaciones, los trastornos psicóticos se clasifican como una prioridad más alta; mientras que las consultas externas generalmente tienen una división de 50-50% entre depresión / ansiedad y casos psicóticos, explicó el psiquiatra, las internaciones generalmente están más cerca de 85-15 (Entrevista N5). Debido a que la depresión y la ansiedad a menudo tienen síntomas menos visibles y no afectan en gran medida la coherencia y la lucidez de la persona, debido a los recursos limitados, a menudo tienen problemas para obtener internaciones a pesar de que su trastorno es grave. El presupuesto público no es ilimitado, y el gobierno debe elegir dónde asignar los

recursos, pero parece que los trabajadores están de acuerdo en que no invertir en la atención primaria, en los esfuerzos posteriores a la hospitalización y en ayuda para gente con trastornos mentales no psicóticos sólo conllevan una mayor presión sobre los hospitales y el tratamiento es menos efectivo.

Sin embargo, los trabajadores observaron otra barrera administrativa que no está tan afectada por los fondos limitados, que es la falta de coordinación dentro del campo de la salud mental. Esto es más evidente en los procesos que deben seguir los pacientes para recibir los recursos supuestamente "gratuitos y accesibles". Por ejemplo, un trabajador explicó que incluso si alguien puede obtener una cita con un psiquiatra (lo cual es difícil en sí mismo), debe acudir a una oficina designada para "validar" la receta antes de poder llevarla a una farmacia (Entrevista N1, 2018). A menudo la información se perderá a lo largo de este proceso, o se negará en una oficina en particular, lo que resultará en una incapacidad para recibir los medicamentos que ya se recetaron. Los trabajadores señalaron que el proceso es muy difícil para muchos pacientes.

*“[Los pacientes] tienen que dar muchos pasos, recorrer burocráticamente [y van a] muchas oficinas”, que es costo y también “puede ser que los pacientes se descompensan” (Entrevista N2). “Las políticas públicas terminan siendo en contra al sistema (Entrevista N3).*

Y aunque se implementan protocolos administrativos para asegurar una atención médica justa, en muchas veces terminan causando otros problemas.

Otro tema es la falta de interdisciplinar, específicamente la falta de comunicación sistémica entre psicólogos y psiquiatras. Esto se puede ver primero en las diferencias fundamentales entre sus entrenamientos, lo que lleva a una comprensión inconsistente de la depresión y la ansiedad. Las residencias explicaron que *“para los psiquiátricas si es un diagnóstico vas a su manual de psiquiatría, que está nomencado” (Entrevista N3).* Este manual es el Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM), un manual creado por la Asociación Americana de Psicología que "contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

Proporciona un lenguaje común para que los clínicos se comuniquen con sus pacientes y establezcan diagnósticos consistentes y confiables que pueden usarse en la investigación de trastornos mentales" (APA, 2018). El DSM se usa mundialmente, incluso por psiquiatras en Argentina. Sin embargo, a diferencia de gran parte del mundo, los psicólogos argentinos utilizan predominantemente la escuela de pensamiento psicoanalítica. El psicoanálisis, que se originó con psicólogos como Freud y Carl Jung, y "sostiene que los impulsos instintivos que son reprimidos por la conciencia permanecen en el inconsciente y afectan al sujeto" (Definición de psicoanálisis, n.d.). Los psicólogos psicoanalíticos no utilizan el DSM, por lo que tienen "*otra concepción de diagnóstico, de sufrimiento [y] otra concepción de sujeto*" (Entrevista N3). No es una respuesta definitiva de si un tipo de psicología es "mejor" que el otro, pero el problema es que carece de coherencia, algo que puede ser confuso para el progreso de los pacientes.

Además de las diferentes ideologías, también existe una superposición mínima en el tratamiento de psicólogos y psiquiatras. Esto no siempre es intencional, ya que ambos (como hemos visto) están muy ocupados, pero aún así es evidente. Los psicólogos que fueron entrevistados no sabían qué medicamentos estaban tomando los pacientes, diciendo que "*no soy psiquiátrica así que eso lo evalúa el psiquiátrica*" (Entrevista N2). En cambio, la psicoterapia y los tratamientos medicinales se consideran completamente separados, y cada trabajador se centra en su propia disciplina. Y si bien esto puede ser más eficiente para atender la cantidad de pacientes que tiene cada trabajador, también pone en peligro el proceso de tratamiento integral. Un trabajador señaló que, si existe, "*la comunicación es más personal*" que estructural, y que hay "*algunas peleas entre psicólogos y psiquiatras*" sobre el tratamiento y ideología de los trastornos mentales (Entrevista N5). Sin embargo, están de acuerdo en que la mayoría de los trabajadores tienen una mentalidad abierta, y tratan de aceptar y aprender de la diferencia en sus ideas (Entrevista N5). También, una fortaleza muy importante del sistema, vista tanto a través de la observación como de las entrevistas, es la compasión y resistencia de los propios trabajadores. Esta es una fortaleza difícil de capturar, ya que todos los trabajadores se mostraron humildes con respecto al impacto dentro del sistema. Sin embargo, sabiendo el salario mínimo y las largas horas

que soportan, aún se mantuvieron positivos y enérgicos con respecto a su trabajo y la atención a los pacientes. “*Las residencias siempre son con deseos a cambiar el mundo*” explicó un trabajador, y aunque “*después, de alguna forma se cae durante su tiempo en el campo*”, trabajadores continúan luchando los pacientes y su comunidad (Entrevista N3).

#### 4.3 Barreras Económicas

Además de la administración, también hay muchas barreras económicas que impiden el acceso público a los recursos. Estos pueden dividirse en 2 categorías: barreras económicas en el lado de la oferta (instituciones y fondos del gobierno) y el lado de la demanda (luchas económicas de los usuarios).

##### 4.3a Del lado de la oferta

La disponibilidad de servicios públicos depende en gran medida de la capacidad del gobierno para financiarlos. En el caso de Argentina, que actualmente enfrenta una de sus peores recesiones del siglo, los trabajadores señalaron que los recursos son más escasos que nunca. Como la segunda economía más grande de América del Sur, el peso de Argentina es actualmente la moneda con peor desempeño en los mercados emergentes, finalizando el año con una tasa de inflación del 40.3%, una devaluación de más del 50% (Gillespie, 2018). Además, la actual administración del presidente Macri recientemente degradó el ministerio de salud a una secretaria, reduciendo así el poder y el presupuesto otorgado a los programas nacionales de salud pública (Wischnevsky, 2018).

Los trabajadores notaron la falta de fondos que afectan, entre otras cosas, que “*se necesita más personal, más capacitaciones, más presupuestos para garantizar espacios dignos*” (Entrevista N4). A menudo, la discusión sobre la accesibilidad gira en torno a los tratamientos en sí mismos, pero casi todos los profesionales notaron la necesidad de una infraestructura básica, diciendo que los edificios públicos a menudo son viejos, están deteriorados y rotos. Por ejemplo, un trabajador me explicó que algunos de los centros de días en los que ha trabajado solo tenían un consultorio para 5 psicólogos, así que tuvieron que rotar para ver a los pacientes (Entrevista N1). También explicó que las instituciones a menudo se encontraban en áreas peligrosas o

no deseadas, como al *“lado de las morgues”* (Entrevista N1). Esto se vio de primera mano, ya que uno de los centros que visitamos se estaba preparando para su cena anual de recaudación de fondos, que era necesaria para pagar los servicios públicos y la luz, ya que el dinero que recibían del gobierno no era suficiente. Sin espacios de apoyo y funcionamiento, el trabajo de los trabajadores de salud mental no puede realizarse, lo que dificulta en gran medida la capacidad del público para ser atendido.

Además de espacios insuficientes, el sector público de salud mental también está en una crisis de recursos humanos. Argentina es admirada como el país con el mayor número per cápita de psicólogos del mundo, pero este hecho es engañoso, ya que los trabajadores se concentran principalmente en áreas metropolitanas ricas y trabajan en el sector privado (Entrevista N4). Los trabajadores explicaron que el sector público está agotado, con *“pocos dispositivos y pocos profesionales para alojar la demanda que cada vez es más compleja en tanto a la pobreza de la sociedad”* (Entrevista N4). Por ejemplo, aprendimos que sólo hay una guardia de salud mental en la totalidad de La Matanza, el partido más grande de la provincia de Buenos Aires (Entrevista N2). En este hospital, solo hay un psicólogo y un psiquiatra en planta a la vez, y cada psicólogo paga, por semana, al menos diez consultorios externos, tres o cuatro interconsultas, y muchos más en la guardia (Entrevista N3). Aunque está influenciada por muchos factores, esta falta de personal se reduce al dinero. Muchos de los trabajadores que entrevistamos trabajaban tanto en el sector público como en el privado, porque no podían ganar suficiente dinero solo en el sector privado. El sector público es conocido por largas horas y poca paga, y aunque muchos creen que *“el público tiene un encanto de que está asistiendo a otro”* y que *“la dinámica sea... más asistencialismo”*, la decisión de qué sector se decide trabajar se reduce a *“si la persona quiere dinero o no”* (Entrevista N4). Y porque *“cada año hay menos personas que presentan a los exámenes para ingresar a las residencias”* y sigue siendo más difícil *“absorber todos”* (Entrevista N3).

Desafortunadamente, el problema parece ser aún peor para la psiquiatría, especialmente en la provincia donde *“cada vez hay menos psiquiátricas”* porque actualmente *“no se forman las... o no les interesan el sistema público”* (Entrevista N3 y N5). Al igual que los psicólogos, esto se debe en parte a que los psiquiatras públicos no

cobran bien y se exigen muchas horas (Entrevista N5). Cualquiera sea la causa, en efecto, por lo general citas con los psiquiatras sólo son accesibles en centros de hospitalización o guardias. Por ejemplo, el hospital en La Matanza mencionado anteriormente, que ya es el único lugar que tiene guardias de salud mental, no tiene psiquiatras externos y consultorios externos no se pueden recibir. Esto deja a las personas con necesidades de salud mental incapaces de encontrar ayuda hasta que llegan al punto de necesitar hospitalización, y hace que sea muy difícil encontrar una intervención temprana. E incluso para aquellos que van a la guardia, el tiempo de espera puede ser de 3 o 4 horas, *“que es un tema porque nos hablamos de emergencias entonces no deberían esperar”* (Entrevista N2). Y aunque muchos trabajadores discutieron la necesidad de prevención y atención primaria, la falta de psiquiatras hace que esta misión sea imposible. También reduce la calidad de la atención general, como cuando solo hay *“dos o tres psiquiatras con mil pacientes sin atención”*, es imposible acceder a los recursos de manera oportuna o sustancial (Entrevista N3). Por lo tanto, incluso los pacientes atendidos pueden no obtener la calidad de atención que necesitan.

*Los profesionales “están muy desgastados..., no pueden trabajar bien porque ven cien pacientes por día y [por eso] no les [pueden] importar nada”* (Entrevista N1).

Debido a que el trabajo de salud mental puede ser un trabajo tan exigente, difícil y desalentador, la dificultad de satisfacer la demanda y la subsiguiente tasa de agotamiento parecen ser una barrera importante para el acceso.

Otra área donde se pueden ver las dificultades económicas es en la distribución de medicamentos para la salud mental. Incluso si alguien puede obtener una cita con un psiquiatra y obtener una receta, los trabajadores notaron que no pueden obtenerla. Esto tiene que ver con los presupuestos nacionales y provinciales, y si los fondos son suficientes para cubrir los medicamentos. Bajo la atención médica universal de Argentina, se dice que el estado proporciona la medicina necesaria para todos. A nivel público, los médicos envían al estado los nombres y las cantidades de cada medicamento que necesitan, y el estado 1) los compra directamente a las compañías

farmacéuticas y los entrega al hospital o 2) utiliza las farmacias designadas como representantes para enviar el medicamento . Sin embargo, mientras *“hay épocas donde si puede venir a la farmacia y retíralos”*, la falta de fondos ha significado que *“hace poco no había medicación”* (Entrevista N3). Depende del gobierno y su presupuesto comprar y distribuir los medicamentos necesarios, y desafortunadamente los trabajadores han visto cada día más reducción.

*“De a poco está quitando esos beneficios. Entonces las farmacias no entregan, [y/o] todos los medicamentos llegan muy tarde”* (Entrevista N1).

Y aunque el empeoramiento de la situación económica todavía no ha afectado en gran medida la compra y distribución de medicamentos de uso común, los nichos como los antidepresivos que se analizan en esta investigación llegan tarde, en cantidad insuficiente o en absoluto. Los trabajadores describieron que para gente con depresión o ansiedad la medicación pública gratuita *“cuesta más que en otras patologías”* porque *“los recursos de salud mental priorizan la psicosis y no la depresión”* (Entrevista N5). Esto es vital no solo para las personas que buscan iniciar el tratamiento, sino también para las personas que dependen de los recursos públicos para continuar con sus medicamentos. Es peligroso que las personas que toman medicamentos se dejen de tomar bruscamente, no sólo por los síntomas de la enfermedad y el dolor, sino porque pueden desencadenar el empeoramiento de la ansiedad y, en algunos casos, provocar pensamientos suicidas (Holland & Higuera, 2017). Por lo tanto, la falta de fiabilidad del acceso público a la medicación dificulta enormemente el tratamiento de los pacientes actuales y potenciales.

Estos problemas también dependen en gran medida de la ubicación de AMBA porque los recursos *“varían si está en la Ciudad de Buenos Aires o la Gran Buenos Aires”*, la capital siendo *“mucho más abierto en el sentido de accesible”* (Entrevista N1). Un trabajador que tiene experiencia tanto en la CABA como en el conurbano dijo que *“en la CABA todos los hospitales tienen servicios de salud mental y en general son muy buenos”* en comparación a la provincia donde hay muchos menos recursos y donde *“los que llegan a las consultas son los que están más graves”* (Entrevista N1). A pesar



de estos problemas, los trabajadores del sector público hacen todo lo posible con la menor cantidad de recursos. Por ejemplo, la provincia, tanto el centro de día como el hospital que visitamos, solo brindaba servicios gratuitos para aquellos que no tienen una obra social u otra forma de seguro privado. Si bien esto parece ir en contra de la promesa de "gratis para todos", en realidad sirve para usar fondos públicos principalmente para aquellos que de otra manera no estarían cubiertos. "*Queremos que pacientes con otros recursos se remitan a otros espacios*" (Entrevista N3). Continúan aprovechando al máximo los pocos recursos que tienen, pero desafortunadamente, como nos dijo un trabajador, ven "*mal el panorama de la realidad*" (Entrevista N4).

#### 4.3b Del lado de la demanda

Igualmente importante para la estabilidad económica del lado de la oferta es el lado de la demanda de los recursos públicos de salud mental: los usuarios. Si bien los usuarios del sistema público pueden variar mucho, en la mayoría de los casos 1) no tienen un trabajo formal que les ofrezca los beneficios de una Obra Social, 2) tienen una Obra Social pero no cuentan con fondos suficientes o son insuficientes, y / o 3) No tienen el dinero para comprar un seguro privado. Además, debido al "sistema de salud fragmentado y la falta de un estándar nacional establecido para la calidad de la atención", muchas personas tienen problemas para acceder incluso a los recursos públicos (TforG, 2016).

Una barrera aparentemente simple pero en realidad muy grave es la accesibilidad física de los hospitales, porque "*para las poblaciones más rurales que siendo el único, es difícil a acceder*" (Entrevista N3). Esto es especialmente evidente en el conurbano, donde las personas en "una población muy vulnerable" no tienen automóviles ni el dinero para pagar los viajes de larga distancia para ver a los médicos (Entrevista N3). Adicionalmente, aunque servicios como psicoterapia y si es necesario "*la internación [deben] ser cerca del domicilio como primer principio de accesibilidad*", usualmente la gente tienen que viajar muy largas distancias para encontrar ayuda (Entrevista N5). Con pocos recursos es difícil superar estas barreras, especialmente dentro de un área que ya no cuenta con infraestructura: los autobuses pueden ser escasos y algo tan poco como la lluvia puede inundar las calles sin pavimentar y

bloquear el acceso. También está el costo del tiempo, incluido el transporte, la espera y el tratamiento en sí, que para la depresión y la ansiedad incluye citas mensuales de psicología o psiquiatría. Para los padres, personas que trabajan, cuidadores o cualquier persona que se sienta abrumada o debilitada (síntomas de ansiedad y depresión), el tiempo a menudo puede ser lo que les impide buscar ayuda con éxito.

Otro grupo muy importante de barreras son “*las condiciones sociales y económicas*” de los usuarios que afectan mucho la salud (Entrevista N3). Estas incluyen el acceso a agua potable segura y alimentos nutritivos, espacios seguros para hacer ejercicio y relajarse, y una educación adecuada. Estos factores son difíciles de regular, pero desempeñan un papel importante en el bienestar de las personas, así como en su capacidad para buscar recursos exitosos. Pero debido a las dificultades económicas actuales de Argentina, la inestabilidad política y las regulaciones que cambian constantemente, muchos trabajadores creen que “*hay una crisis en el país que hace que la gente enferme más*” y también ser menos capaces de acceder a los recursos disponibles (Entrevista N4). Por último, muchos usuarios del sistema público pueden estar especialmente predispuestos a desarrollar depresión y ansiedad, lo que los pone en un riesgo adicional. Como se mencionó anteriormente, se sabe que las situaciones sociales y económicas tienen un gran impacto en la salud de las personas y en su capacidad para buscar recursos. En el caso de pacientes atendidos en el sector público, los trabajadores explican que:

*“Nuestra población es muy vulnerable y por eso se dice que toda tiene depresión y ansiedad” (Entrevista N3).*

Para ellos, tratar enfermedades mentales es muy difícil porque gran parte de ellas son sistémicas y, por lo tanto, es difícil trabajar desde un nivel individual.

#### 4.4 Barreras Culturales

La estigmatización y la discriminación se encuentran en toda la sociedad, pero especialmente en el campo de salud mental. Además de su enfermedad real, los estudios muestran que las personas que luchan con la salud mental son percibidas

como peligrosas, débiles e incapaces, y enfrentan una tasa mucho mayor de desaprobación pública que las personas que luchan con enfermedades relacionadas, como las enfermedades físicas (Corrigan & Watson, 2002). Además, en el análisis de los medios se han encontrado retratos recurrentes de los enfermos mentales como maníacos homicidas o figuras infantiles sin control (Corrigan & Watson, 2002). En el caso de Argentina, el 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones reconoció que los estereotipos “aluden a su peligrosidad y relación con actos violentos, a su responsabilidad por el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio, a su debilidad de carácter, incompetencia e incapacidad para tareas básicas como las de autocuidado e higiene, la impresionabilidad de su carácter y la falta de control” (Geffner et. al, 2017). Una de las formas de discriminación más debilitantes para los pacientes de salud mental es la exclusión social y residencial. Debido a que son percibidos como peligrosos o no organizados, los pacientes de salud mental a menudo han sido exiliados a hospitales psiquiátricos.

Sin embargo, Argentina ha dado pasos hacia la reintegración; en 2010 con el Artículo 27 de la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657 se prohibió “la creación de nuevos manicomios neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes” y la “adaptación y la sustitución” de instituciones existentes sin una “reducción de los derechos adquiridos” (Ministerio de Salud, 2010, p. 29). También, el Artículo 7 le dio a todos el “derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado” (Ministerio de Salud, 2010, p.13-14). A un nivel más local, la Ley N 448 de la Ciudad de Buenos Aires también prohibió que el paciente sea “discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico” (Caram & Gé, 2000). Pero a pesar de todos estos esfuerzos, la discriminación todavía existe. “*Está loca*” era el más común siguen los trabajadores, que trae vergüenza sobre el individuo y la familia; se dice que la persona “*tiene un problema*”, “*no está bien*” o que está débil (Entrevista N3). La depresión y ansiedad especialmente están mal entendidas, entonces es difícil de superar los estereotipos porque “*depende en la concepción que uno tenga de [ellas]*” (Entrevista N3). Con estos trastornos, la discriminación no se traduce en descartar a las personas como locas, sino en una manera que “*se desvalorice lo que pasa..., y no se crea que está muy grave*” (Entrevista N5).

Un profesional señaló que estos estereotipos son menos comunes en la capital que en la provincia, pero que las enfermedades mentales se está normalizando en la sociedad, y la percepción de tratamiento “*va cambiando positivamente*” (Entrevista N4, 2018). Sin embargo, muchos trabajadores hablaron de estereotipos dentro del sistema público, como de otros trabajadores. Un residente dijo que en los hospitales hay una jerarquía: la clasificación va “*cirujano, anestesiólogo, traumatismo y después el resto de los mortales*” el residente bromea (Entrevista N3). “*Se cree que [los otros] son dioses*”. En cambio las “*psicólogas y psiquiátricas son un poco relegadas... especialmente en la guardia*”, donde trabajadores de otras especialidades empujaron a los pacientes con trastornos mentales de inmediato al personal de psicología, diciendo “esto es tuyo” (Entrevista N3). Sin embargo, esta actitud no proviene necesariamente de un lugar de apatía, sino porque trabajadores entienden que las enfermedades mentales a menudo presentan dificultades que otros campos médicos no enfrentan. Una es que los pacientes psiquiátricos tienen la reputación de ser “*muy difícil[es] para trabajar*” (Entrevista N2). Esto se debe a que, con frecuencia, otros médicos solo se encuentran con pacientes de salud mental en salas de emergencia o que experimentan episodios psicóticos, muy diferentes de la realidad de muchas de las personas que sufren depresión o ansiedad.

Además de la discriminación flagrante, otra barrera cultural para el acceso es la caracterización de la depresión y la ansiedad bajo la formación académica de Argentina. El psicoanálisis tiene como objetivo encontrar la causa del trauma o el estrés (especialmente en la infancia), y trabaja más con factores ambientales que internos.

*Para los psicólogos la depresión [y ansiedad] no [son] diagnóstico[s] en sí mismos, sino [son] síntomas. Muchas pacientes pueden tener una presentación clínica de ansiedad y depresión y eso puede deber otra cuestión*” (Entrevista N2 y N3).

Esta postura tiene sus puntos fuertes, ya que los trabajadores creen firmemente que tienen “*un posicionamiento muy fuerte de no caer en que todos los pacientes se atendían igual y que todos tengan un número*”, algo que “*es un posicionamiento ético*” (Entrevista N3). Sin embargo, esto también puede presentar una barrera para la

accesibilidad. La caracterización de la depresión y la ansiedad como síntomas en lugar de trastornos puede contribuir a que el estereotipo ya perjudicial de los pacientes sea inestable o débil.

*“Para nosotros depresión sufren... casi todos” un trabajador dijo con una sonrisa; “cualquier cosa es un ataque de pánico, cualquier cosa es una depresión” (Entrevista N1 y N3).*

Si bien esto no pretende ser condescendiente, y en realidad puede ser útil para resolver los factores ambientales que contribuyen a la depresión, puede evitar que las personas vean a un profesional por su trastorno debido al temor de que sus sentimientos sean desestimados.

La creciente popularidad de la psicoterapia ha disminuido la estigmatización de las personas en terapia, pero aún existe un estigma cuando se trata de medicamentos antidepresivos. Casi todos los trabajadores entrevistados estuvieron de acuerdo en el uso excesivo de medicamentos psiquiátricos, creyendo que *“se medican en muchas situaciones donde podría evitarse”* (Entrevista N3). No es que estén en desacuerdo con el uso en absoluto, pero que *“tiene que ver un uso responsable que es difícil considerando que hay pocos profesionales que se forman en psiquiátrica y los que se forman, no [saben] si su formación está a la altura de la complejidades de los pacientes”* (Entrevista N3). Debido a la falta de coordinación entre psicólogos y psiquiatras, sus objetivos parecen estar en desacuerdo. Los psicólogos pidieron *“menos medicación y más palabras”* y que *“la medicación debe cumplir un función puntual y no tiene que generar un tapón”* (Entrevista N1 y N2). Sin embargo, la mayoría de los trabajadores entrevistados se referían a los ansiolíticos, en lugar de a los antidepresivos, cuando se les preguntaba acerca de los medicamentos. Al discutir sobre la medicación excesiva, dijeron que *“la gente quiere alivio inmediato”* y que en muchos casos *“terminan haciendo una dependencia en la medicación”* (Entrevista N1 y N3). Muchos trabajadores dijeron que las personas que buscan medicamentos para problemas de salud mental a menudo desean ansiolíticos como las benzodiazepinas: *“es una medicina muy demandada”* (Entrevista N4). Es esta medicación la que es

altamente adictiva, a menudo mal utilizada y ha conducido a la automedicación. La preocupación que tienen los trabajadores está bien razonada, pero esta preocupación se ha extendido a todas las formas de medicación, como los antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos no son ni adictivos ni "soluciones rápidas", y son beneficiosos tanto para la depresión como para la ansiedad (Addiction Center).

Los psiquiatras tienen una perspectiva única sobre el tema, ya que creen que los medicamentos en realidad se usan en exceso, pero también que en muchos casos son necesarios. El psiquiatra estuvo en acuerdo en que "hay una tendencia moderna a medicar" y que es verdad que mucha gente quiere "*la solución más rápida*", pero explicó que en muchos casos la medicación es muy útil. Los psiquiatras creen que con depresiones "*más reactivas*" o de "*problemas de la vida... se resuelven con psicoterapia*", pero en casos de "*depresiones graves, todas necesitan medicación*" (Entrevista N5). Esta diferencia muestra el impacto que tiene la comprensión ideológica sobre cómo los profesionales ven la enfermedad mental y cómo no todos los casos deben tratarse por igual. Independientemente de la procedencia de la agrupación de todos los medicamentos para la salud mental abusados y peligrosos, se estigmatizan a los pacientes que podrían recibir ayuda de los antidepresivos.

## **5. Conclusiones**

Esta investigación exploró los pensamientos de los trabajadores sobre la accesibilidad de los recursos públicos de salud mental para la ansiedad y la depresión. Aunque cada trabajador tenía sus propios pensamientos y experiencias, había muchas tendencias con respecto a sus perspectivas sobre las fortalezas y debilidades de la accesibilidad del sistema en su conjunto. Independientemente de la ocupación, los trabajadores acordaron casi por unanimidad que la accesibilidad a los recursos públicos es cada vez más deficiente. Dentro de eso, la opinión más prominente fue que la causa puede ser en gran medida dirigida a problemas económicos, tanto dentro del sector de salud mental como en la Argentina en general.

Los trabajadores notaron que la infraestructura es vieja y desgastada, los bajos salarios en el sector público conducen a una disminución del personal, especialmente

los psiquiatras, y centros insuficientes para satisfacer la necesidad. También hablaron sobre la dificultad de obtener medicamentos, incluso una vez que uno tiene una receta, rastreando la falta de fondos del gobierno para pagarlos. Además, los trabajadores explicaron las barreras económicas en el lado del consumidor, ya que muchas personas que utilizan el sistema público de salud son relativamente pobres y, por lo tanto, luchan por tener el tiempo y el dinero para buscar ayuda. Los usuarios también luchan contra las condiciones socioeconómicas difíciles, incluidos los trabajos estresantes, la inseguridad financiera y la educación, lo que empeora su bienestar y dificulta el acceso a los recursos. Por último, señalaron que muchos de sus pacientes se ven afectados por la depresión y la ansiedad debido a su difícil situación ambiental, lo que dificulta el tratamiento.

A nivel administrativo, los trabajadores señalaron que aunque las leyes de salud mental nacionales y provinciales son extremadamente fuertes y progresistas, no se están implementando de manera eficiente. Especialmente, enfatizaron en la falta de inversión en atención primaria y centros de post-internación, lo que dificulta que las personas con depresión o ansiedad busquen ayuda sostenida. También parece haber una separación sistémica dentro del sistema, especialmente entre psicólogos y psiquiatras. Esto se debe en parte al personal abrumado, pero también en las diferencias fundamentales de su entrenamiento y comprensión de la depresión y la ansiedad. Sin embargo, una fortaleza importante es la energía y el compromiso de los propios trabajadores, quienes, a pesar de los recursos limitados y las largas horas de trabajo, siguieron haciendo todo lo posible para apoyar a los pacientes.

Por último, los trabajadores notaron impactos culturales en la accesibilidad. La mayoría estuvo de acuerdo en que la psicoterapia ha sido ampliamente aceptada y entendida, pero que tomar medicamentos antidepresivos a menudo es estigmatizado por el público como para los locos, o para siendo algo no es tan malo, insinuando que las personas están reaccionando exageradamente. Esto se debe en gran parte a que los antidepresivos a menudo se confunden con los ansiolíticos, que son altamente adictivos y pueden ser objeto de abuso. La estigmatización también prevalece en la comunidad médica, incluidos los médicos en otros campos que a veces desacreditan a los pacientes de salud mental como difíciles e inmanejables, así como a los psicólogos,

que creen en muchos casos que los medicamentos se usan en exceso y que los pacientes deben resolver su depresión y ansiedad a través de la terapia y no pastillas. A lo largo de la economía, administración y cultura, los trabajadores describen la inmensa disparidad en la calidad y accesibilidad de los recursos entre la capital y los conurbanos de la AMBA. En los conurbanos los hospitales son escasos y los centros de día a menudo carecen de servicios de salud mental, mientras que en la CABA los recursos son mucho más cercanos físicamente y mejores dotados de personal.

Sin embargo, como esta investigación fue relativamente corta e introductoria, existen limitaciones en su alcance que deben explorarse más a fondo. Primero, si bien nuestra investigación sólo analizó dos categorías de recursos: psicoterapia realizada por un profesional y un medicamento psiquiátrico, en realidad hay muchos más que afectan la experiencia de accesibilidad de la atención de salud mental. Estos pueden incluir grupos de apoyo, programas de reintegración, actividades de bienestar (meditación, yoga, etc.), así como tratamientos alternativos. Cada una aporta valor al proceso de tratamiento a su manera, pero también tiene sus propias barreras de accesibilidad. Debería haber más investigación sobre cuáles son estas barreras y qué tan bien puede el público superarlas para recibir tratamiento. En segundo lugar, para obtener una comprensión más precisa de las opiniones de los trabajadores, las investigaciones adicionales deben ser más profundas, utilizando un tamaño de muestra mucho mayor con profesionales de toda la región AMBA. Aunque los pensamientos expresados por los trabajadores que participaron en esta investigación fueron bastante consistentes en todos los barrios, en realidad cada lugar tiene sus propios ideales culturales, recursos, cualidades socioeconómicas y trabajadores. Es importante explorar esta diversidad, especialmente cuando se analiza el AMBA, un área de Argentina que lucha con una importante disparidad de riqueza y diferencias culturales.

Comprender estas diferencias puede ayudar a las autoridades a comprender mejor cómo y por qué asignar recursos. Finalmente, es imperativo que se explore más a fondo este tema a través de la perspectiva de los usuarios del sistema público. Al tratar directamente con pacientes que luchan contra la depresión y la ansiedad presentan muchos desafíos éticos y operativos, es extremadamente valioso ver si la experiencia del usuario se alinea con lo que perciben actualmente los trabajadores y



los funcionarios gubernamentales. Esta información primaria se puede usar para desarrollar la forma en que los recursos se distribuyen en el futuro o conducen a cambios de políticas a nivel provincial o nacional.

## Referencias

- Addiction Center. (2018). Antidepressant Addiction and Abuse. Recuperado de <https://www.addictioncenter.com/stimulants/antidepressants/>
- Alonso, M. M. (1999). Psicología en Argentina. p. 11. Recuperado de <file:///Users/ellenbroaddus/Downloads/Dialnet-PsicologiaEnArgentina-5645332.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2018). DSM–5: Frequently Asked Questions. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions>
- Bar, N. (2016, octubre 11). Salud mental: El 80% no accede a la atención. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/1945843-salud-mental-el-80no-accede-a-la-atencion>
- Bazian. (2018, febrero 22). Big new study confirms antidepressants work better than placebo. Recuperado de <https://www.nhs.uk/news/medication/big-new-study-confirms-antidepressants-work-better-placebo/>
- Black Dog Institute. (2016, octubre). *Prevention of Depression and Anxiety in Australian Schools*. Recuperado de <https://www.blackdoginstitute.org.au/docs/defaultsource/research/evidence-and-policy-section/prevention-of-depression-and-anxiety-in-australian-schools.pdf?sfvrsn=2>
- Brown, A. (2012, octubre 30). With Poverty Comes Depression, More Than Other Illnesses. Recuperado de <https://news.gallup.com/poll/158417/poverty-comes-depression-illness.aspx>
- Caram, C., Gé, R. (2000, julio 27). *La Legislatura De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires Sanciona Con Fuerza De Ley* (Buenos Aires (Argentina), Ciudad Autónoma de Buenos Aires). p. 2-3. Recuperado de [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley\\_448-00.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_448-00.pdf)
- Carey, B. (2015, septiembre 30). Effectiveness of Talk Therapy Is Overstated, a Study Says. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2015/10/01/health/study-finds-psychotherapys-effectiveness-for-depression-overstated.html>

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., . . . Stolkiner, A. (2007, diciembre). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. ISSN 1851-1686. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
- Corrigan, P., Watson, A. (2002, febrero). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 1(1): 16-20. PMID: 16946807. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Czubaj, F. (2018, abril 06). Un tercio de la población de la región no logra acceder a la atención de la salud. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/2123197-un-tercio-de-la-poblacion-de-la-region-no-logra-acceder-a-la-atencion-de-la-salud>
- Definición de psicoanálisis. (n.d.). Recuperado de <https://definicion.de/psicoanalisis/>
- Department of Mental Health and Substance Abuse. (2011). Mental Health Atlas 2011 [Review]. *World Health Organization*. "Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates". Geneva: World Health Organization; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- DepressionHurts.ca. (n.d.). Causes of Depression. Retrieved from <http://depressionhurts.ca/en/about/causes.aspx>
- Entrevista N1. (2018, noviembre 13). *Psicóloga y director de un Centro de Día*. Entrevista Personal.
- Entrevista N2. (2018, noviembre 13). *Licenciado en residencia*. Entrevista Personal.
- Entrevista N3. (2018, noviembre 13). *5 licenciados en residencia*. Entrevista Grupal Personal.
- Entrevista N4 (2018, noviembre 20). *Psicóloga en sector público y privado*. Entrevista Personal.
- Entrevista N5 (2018, noviembre 19). *Psiquiátrica en sector público y privado*. Entrevista Personal.

- Exercise for Stress and Anxiety. (n.d.) Recuperado de <https://adaa.org/living-with-anxiety/managing-anxiety/exercise-stress-and-anxiety>
- Geffner, N., Zalazar, V., & Zanatta, A. (2017, mayo 13). Estigma y enfermedad mental: Voces de los usuarios. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/estigma-y-enfermedad-mental-voces-de-los-usuarios/>
- Gillespie, P. (2018, septiembre 4). Argentina to Go Deeper Into Recession, Central Bank Survey Says. Retrieved from <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-04/argentina-to-go-deeper-into-recession-central-bank-survey-says>
- Harvard Health Publishing. (2017, abril 11). What causes depression? - Harvard Health. Recuperado de <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>
- Harvard Health Publishing. (2018, junio 19). Sleep and mental health - Harvard Health. Recuperado de [https://www.health.harvard.edu/newsletter\\_article/sleep-and-mental-health](https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/sleep-and-mental-health)
- Holland, K., & Higuera, V. (2017, abril 3). The Dangers of Abruptly Stopping Antidepressants. Recuperado de <https://www.healthline.com/health/depression/dangers-of-stopping-antidepressants#1>
- Hunsley, J., Elliot, K., & Therrien, Z. (2013, septiembre 10). *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments* (Rep. No. 978-1-926793-09-2). p.13 Recuperado de [https://www.cpa.ca/docs/File/Practice/TheEfficacyAndEffectivenessOfPsychologicalTreatments\\_web.pdf](https://www.cpa.ca/docs/File/Practice/TheEfficacyAndEffectivenessOfPsychologicalTreatments_web.pdf)
- Iglesias, A. (2018, abril 15). *4 de cada 10 personas, sin obra social en el Conurbano*. Diario Popular. Recuperado de <https://www.diariopopular.com.ar/provincia/4-cada-10-personas-obra-social-el-conurbano-n349984>
- Landau, E. (2013, abril 28). In therapy? In Argentina, it's the norm. Recuperado de <https://edition.cnn.com/2013/04/28/health/argentina-psychology-therapists>
- El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (2014, enero 10). Ley 14580. *Legislatura de la Provincia de Buenos Aires*. Recuperado de [https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Ley\\_14.580\\_Adhiere\\_LNSM.pdf](https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Ley_14.580_Adhiere_LNSM.pdf)

- Mayo Foundation. (2017, agosto 16). Ansiedad. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- Mercola, J. (2018, enero 25). La depresión no es causada por un desequilibrio químico. Recuperado de <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2018/01/25/depresion-no-es-causado-por-un-desequilibrio-quimico.aspx>
- Ministerio de Salud. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. p. 9-45. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016, septiembre). Estado de la Salud Mental en la Argentina, Epidemiología Actual. Recuperado de [http://msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2016-09\\_epidemiologia-adultos.pdf](http://msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2016-09_epidemiologia-adultos.pdf)
- Myths About Antidepressants. (2007). Recuperado de <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/medications-vol4/myths-about-antidepressants>
- NHS. (2018, agosto 28). Recuperado de <https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/types-of-therapy/>
- Nichols, H. (2017, diciembre 07). Xanax: Warnings, uses, and side effects. Recuperado de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/263490.php>
- OMS | Depresión. (2017, febrero 23). Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de Salud. (2016, abril 13). *Investing in treatment for depression and anxiety leads to four fold return*. Recuperado de <http://www.who.int/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Quiénes somos y qué hacemos*. Recuperado de <http://www.who.int/about/es/>
- Schimelpfening, N. (2018, abril 21). What Is the Chemistry Behind Depression? Recuperado de <https://www.verywellmind.com/the-chemistry-of-depression-1065137>

- Schultz, R. (n.d.). These Women Treated Their Anxiety and Depression with Food. Here's What They Ate. Recuperado de <https://www.healthline.com/health/best-diets-for-mental-health#11>
- Sleep Disorders*. (n.d.). Recuperado de <https://adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/sleep-disorders>
- Stein-Sparvieri, E., Maldavsky, D. (n.d) *The Psychotherapeutic Professions in Argentina*. p.6. Recuperado de [https://cdn.ymaws.com/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/events/barcelona/reports/report\\_argentina.pdf](https://cdn.ymaws.com/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/events/barcelona/reports/report_argentina.pdf)
- Suicide Rate by Country 2018*. (2018). Recuperado <http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country/>
- Tasmanian Government. (2009, abril 28). Types of mental illness. Recuperado de [https://www.dhhs.tas.gov.au/mentalhealth/about\\_mental\\_illness/types\\_of\\_mental\\_illness](https://www.dhhs.tas.gov.au/mentalhealth/about_mental_illness/types_of_mental_illness)
- TforG. (2016, septiembre 6). What challenges is the Argentine healthcare system facing in 2016-2017? Recuperado de <https://www.tforG.com/how-we-think/sweetspot-blog/2016/09/06/challenges-argentine-healthcare-system-facing-2016-2017/>
- Tucker, N. (2012, julio 20). Poverty May Be the Leading Cause of Generalized Anxiety Disorder, Not Mental Illness. Recuperado de <https://www.medicaldaily.com/poverty-may-be-leading-cause-generalized-anxiety-disorder-not-mental-illness-241457>
- Unidad de Proyectos Especiales para el Área Metropolitana de Buenos Aires. (n.d.). ¿Qué es AMBA? *Ministerio de Gobierno*. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/unidades%20de%20proyectos%20especiales%20y%20puerto/que-es-amba>
- Wischnevsky, Sergio. "De Ministerios a Mini Estado." *Página 12*, [en línea], 8 de septiembre 2018. [consulta: 3 de octubre 2018] <<https://www.pagina12.com.ar/140771-de-ministerios-a-mini-estado>>

## **Apendice**

### **Guia de Entrevista de Trabajadores**

#### *Sobre el trabajo*

- 1) Podría explícame un poco sobre su trabajo; porque decidió trabajar en el sector público; cuánto tiempo ha trabajado en este campo; cuántas horas cada semana trabaja, y trabaja en otra empresa también?
- 2) ¿Cuántos pacientes ve cada semana, y qué porcentaje (más o menos) sufra con depresión y/o ansiedad? ¿Qué porcentaje toma medicamentos?
- 3) Con los pacientes con depresión y ansiedad, con que frecuencia los ve, y usualmente cuánto duran los tratamientos? ¿Cuánto tiempo duran las citas?
- 4) Quiénes son los usuarios del sistema público de salud mental?

#### *Sobre el acceso de terapia y medicación*

- 5) ¿Qué piensa usted sobre la accesibilidad de la psicoterapia? ¿Cree que hay suficientes psicólogos, hospitales, centros etc. públicos y cuánto tiempo tienen que esperar los pacientes para obtener una cita?
- 6) ¿Qué piensa usted acerca de tomar medicación para el tratamiento de la depresión y la ansiedad?
- 7) ¿Cree que los medicamentos antidepresivos están sub o sobre utilizados y por qué?
- 8) ¿Cuál es el proceso de acceso a estos medicamentos una vez que tenga una receta? ¿Son realmente accesibles y gratuitos?

#### *Sobre la cultural del acceso y el sistema en general*

- 9) ¿Ve estereotipos o discriminación con respecto a la psicoterapia o la medicación, y de parte de quién?
- 10) ¿Cuál cree que es la mayor fortaleza de los recursos públicos de salud mental para tratar la depresión y la ansiedad? ¿La mayor debilidad?
- 11) ¿Siente que las necesidades (financieras y de recursos) de su departamento se satisfacen adecuadamente? ¿Si no, qué tipo de recursos deberían fortalecerse?

¿Desde su punto de vista, ha mejorado la accesibilidad después de ley nacional (26.657) de salud mental?

12) ¿Tiene alguna otra opinión con respecto a los recursos públicos que le gustaría compartir?



## **Consentimiento Informado**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ellen Broaddus. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es investigar sobre las perspectivas de los trabajadores del campo de salud mental sobre la accesibilidad de los usuarios a los recursos públicos para el tratamiento de depresión y ansiedad en la actualidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires. El estudio buscará indagar acerca de conocer acerca de la accesibilidad a tratamientos de psicoterapia y medicamentos antidepresivos en el campo público, incluso pensamientos sobre si hay suficientes psicólogos, psiquiatras y si las instituciones de salud mental cuentan con suficientes fondos y recursos, entender más sobre las barreras económicas al acceso como el costo y tiempos de espera para las citas de terapia y la medicación en comparación a lo que es ofrecido por las leyes 26.657 de la nación, 14.580 de la provincia de Buenos Aires y 448 de la Ciudad de Buenos Aires y indagar si existen estereotipos o discriminación con respecto a la psicoterapia o la medicación y, si hay, qué y de quién son. La estrategia metodológica será cualitativa de tipo exploratorio-descriptiva.

Entiendo que si deseo dejar de participar en el trabajo durante el proceso de la misma, esta será excluida de la investigación.

Entiendo que tendré que responder una guía de entre 10 y 15 preguntas, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Entiendo que si estoy de acuerdo se grabará el audio de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que yo haya expresado. Este audio será almacenado en un pendrive o CD que quedará archivado y que este material no podrá reproducirse ni total ni parcialmente en medios audiovisuales o escritos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de

este estudio sin mi consentimiento. He entendido que mi participación es estrictamente confidencial ya que se usarán alias para la identificación de los participantes tanto para el proceso de investigación como para el de redacción del informe y publicación del mismo.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

---

Nombre del Participante

Firma de Participante

Fecha