

RECOMENDACIONES PARA LA  
RED INTEGRADA DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

---

# ATENCIÓN DE LAS URGENCIAS EN SALUD MENTAL

---

-2019-

Dirección Nacional de  
Salud Mental y Adicciones

Secretaría de  
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación





**ATENCIÓN DE  
LAS URGENCIAS  
EN SALUD MENTAL**

-2019-

## **AUTORIDADES NACIONALES**

### **Presidente de la Nación**

Ing. Mauricio Macri

### **Ministra de Salud y Desarrollo Social**

Dra. Carolina Stanley

### **Secretario de Gobierno de Salud**

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

### **Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos**

Dr. Mario Kaler

### **Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**

Dr. Daniel H. Espinosa

### **Director Nacional de Salud Mental y Adicciones**

Lic. Luciano C. Grasso

La presente recomendación es una actualización y revisión de “Lineamientos para la Atención de Urgencia de Salud Mental” de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, año 2012.

**Para la actualización 2018:**

Lic. Daniela Bonanno, Dr. José Correa, Lic. Juliana Garate, Lic. María Silvina Sosa, Lic. Lucia Pomares, Ana Giménez Rodríguez.

Agradecemos la colaboración y asesoramiento del Dr. Guillermo Belaga (Jefe de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro. Miembro del EOL y de APSA)

---

**Redactores por la Edición 2012**

En base a un documento preliminar elaborado por la Dra. Graciela Natella, el Dr. Hugo Reales y la Dra. Magdalena Tortorella, el documento final fue realizado por el Consejo Asesor de Urgencias en Salud Mental, el cual estuvo conformado por:

**Referentes de efectores de salud:**

Dr. Juan Albarracín (Hospital H.I.G.A. Pte. Perón de Avellaneda), Dra. Mercedes Bontempo (Hospital de Agudos T. de Alvear), Lic. Daniela Camaly (Hospital T. Alvarez, CABA), Dr. Daniel Navarro (Hospital J.T. Borda, CABA), Dra. Stella Cazal Romero (Hospital Paroissien, La Matanza), Dra. Sandra Novas (Hospital de Niños R. Gutierrez, CABA), Dr. Adolfo Panelo (Hospital J. M. Ramos Mejía, CABA), Dra. Patricia Pauluk (Centro de Salud Mental Franco Basaglia, La Plata), Lic. Patricia Ramos (Hospital Ramos Mejía, CABA), Dr. Carlos Tisera (Hospital de Agudos T. Alvear, CABA).

**Referente de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación:**

Dr. Javier Rodríguez (Centro Ulloa).

**Referentes del Ministerio de Salud de la Nación:**

De la Superintendencia de Servicios de Salud:

Dr. Raymundo González, Lic. Marcela Elefante, Dra. Ana Quiroga y Lic. Paula Andino.

**De la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales:**

Dra. Rosario Céspedes, Lic. Silvia Serrat, Lic. Rosana Cuomo.

**De la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias:**

Dra. Silvia Bentolila.

**De la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones:**

Coordinación: Dra. Graciela Natella y Lic. Lucía Pomares.

**Equipo Técnico:** Dr. Federico Beines, Sra. Liliana Cabrera, Dra. Olga Charreau, Lic. Mónica Cassini, Lic. Gabriela Castro Ferro, Dra. Martina Guerrero, Sra. Beatriz López, Dra. Graciela Natella, Lic. María. Elisa Padrones, Lic. Roxana Raymondo, Dr. Hugo Reales, Lic. Mauro Rodríguez Burella, Dra. Claudia Villafañe y Dr. Julián Zapatel.

**También colaboraron:**

Lic. Marcelo Ferraro (Dirección General de Salud Mental GCBA), Dra. María Graciela Iglesias (Tribunal de Familia N° 1 de Mar del Plata), Dra. Viviana Luthy (SAME - GCBA), Dr. Carlos Russo (SAME - GCBA), Lic. Mirta Watermann (Dirección General de Salud Mental GCBA).

---

**Diseño Gráfico:**

Jorge Daniel Barros

**Corrección:**

Luciana Chinchilla, Martín Matilla.



# ÍNDICE

- 09 **Introducción.**
- 13 **Marco General.**
  - 13 Asistencia.
  - 13 Consentimiento Informado.
  - 14 Instrucciones anticipadas.
  - 14 Confidencialidad.
  - 14 Medidas de protección integral de niños, niñas y adolescentes.
- 15 **Medidas iniciales de cuidado.**
- 17 **Evaluación integral del estado de la persona y de la situación.**
- 19 **Cuadros o manifestaciones más comunes.**
- 23 **Estrategias terapéuticas inmediatas.**
  - 23 Abordaje psicosocial / psicoterapéutico.
- 29 **Plan de Tratamiento**
  - 29 Tratamiento ambulatorio posterior a la situación de urgencia.
  - 29 Internación.
  - 33 Abordaje con la red socio-familiar.
- 33 **Anexo I: Evaluación del estado psíquico global.**
- 34 **Anexo II: Fármacos Alternativos.**
- 35 **Anexo III:**
  - 35 Internación.
  - 40 Internación/atención/ tratamiento de Niños, niñas y Adolescentes.
- 44 **Marco legal y técnico.**
- 45 **Glosario.**
- 48 **Bibliografía.**

Quienes produjimos y desarrollamos este material, bregamos por un trato no sexista ni discriminatorio en los actos y en el lenguaje. No obstante, y para no sobrecargar su lectura utilizando la variación o/a con la intención de marcar la existencia de ambos sexos, se decidió utilizar el masculino genérico, en el entendimiento y acuerdo que en todas estas menciones se referencia la existencia de varones y mujeres



# INTRODUCCIÓN

*“No hay Salud Mental por fuera del campo de la Salud.”*

## Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud.

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado, si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

La Secretaría de Gobierno de Salud ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Ésta propone la articulación e integración entre la Nación, las Provincias y los Municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS posee como una de sus estrategias, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC), con un fuerte componente territorial en el primer nivel de atención que propone la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas tanto desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país.

Esta estrategia define un Modelo de Atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. Con la CUS es necesario avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

## **Salud Mental Comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.**

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un Modelo de Salud Mental Comunitaria que promueva el abordaje integral del sufrimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y nacional. Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitario basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - APS.

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y presentan una tendencia en aumento. Estos eventos generan importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2014; World Health Organization, 2017). Distintos documentos internacionales coinciden en que entre las problemáticas más prevalentes con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; WHO, 2017).

## **“Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad”.**

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se propone un Modelo de Atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) y que sea respetuoso y promotor de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud / salud mental que su proceso de atención requiera.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario

e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – continuidad de cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana; así se asume que las problemáticas en salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

El desarrollo de un Modelo de Abordaje Comunitario conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, como estrategia en la que la persona que padece y sus vínculos tienen un rol central.

Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando – necesariamente - una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la Red. Esta Red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del Modelo de Abordaje Comunitario, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad y de las dimensiones presentes en la intervención para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar el correcto acceso a la salud en vistas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de Salud Mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Esta Red apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

## | Los Equipos de Abordaje Psicosocial en la Red.

En el marco de una ESFyC, que implica la creación de Equipos Interdisciplinarios, Núcleo y Ampliados en el territorio, se establecen Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS). Su función es de apoyo matricial para el abordaje de la Salud Mental. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo de los EAPS implica un funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el armado de proyectos terapéuticos singulares, según la población/territorio definido que implicarán acuerdos entre los actores, un diagnóstico territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Es necesario entender la red como un espacio de mutua colaboración entre pares y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.

Son equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como trastornos mentales severos. Los EAPS tienen el propósito de fortalecer a los Equipos de Salud Familiar (ESF), mejorar la calidad de atención, la respuesta a la demanda y la continuidad de cuidados de las personas usuarias.

## | Atención de la Urgencia en Salud Mental.

Esta publicación forma parte de la serie “Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad”, y tiene como objetivo acercar sugerencias y recomendaciones como herramientas de trabajo que orienten a la asistencia de las personas que refieran o presenten un padecimiento mental (incluyendo consumo problemático de sustancias y/o adicciones), sin ningún tipo de menoscabo o discriminación en toda institución de salud y en la zona o ámbito comunitario de atención de dicha institución. Se halla enmarcado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, su decreto reglamentario N°603/2013, entendiéndose que la atención de la Salud Mental no debe llevarse a cabo en instituciones monovalentes, sino en el ámbito más cercano a la comunidad de la persona que la requiere. Estas Recomendaciones incluyen sugerencias para la práctica clínica, como también herramientas básicas a los equipos de salud para atender y dar respuesta a las urgencias en salud mental.

# MARCO GENERAL

## | Asistencia.

Se debe asistir a la persona con un padecimiento mental (incluyendo consumo problemático de sustancias y/o adicciones), sin ningún tipo de menoscabo o discriminación en toda institución de salud y en la zona o ámbito comunitario de atención de dicha institución<sup>1</sup>.

## | Consentimiento informado.

Se deberá brindar información a la persona, en cuanto su estado de conciencia lo permita, en términos claros y sencillos, acerca de su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados, así como otras alternativas terapéuticas y las posibles consecuencias de no tratarse. Será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los familiares y allegados (referentes vinculares) o representantes legales para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad.

Se podrá aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado de la persona si es urgente y necesario para impedir un daño inmediato a sí mismo o a otros. No obstante, se hará todo lo posible por informar a la persona y/o referentes vinculares para que comprendan las acciones a realizar y que participen prontamente en la aplicación del plan de tratamiento teniendo oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas<sup>2</sup>.

En caso de niños, niñas y adolescentes está sujeto a los mismos requisitos que se aplican en el caso del consentimiento en adultos<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ediciones de la OMS Panamá, 2010.

<sup>2</sup> Ley 26.657 art 7 Inc. j, art. 10 y 23. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppio 11. punto 8 y 9.

<sup>3</sup> Ley 26.657 art 2 Inc. e, art 6 y 10. Convención sobre los Derechos del Niño, art. 12. Informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Año 2009, AP 47. Ley 26061, art 2.

## Instrucciones anticipadas.

Se tomarán en cuenta si la persona en crisis dejó asentadas directivas previas en caso de presentar una urgencia.<sup>4</sup>

## Confidencialidad.

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información. Ésta sólo podrá divulgarse con el consentimiento de la persona o si el equipo de salud considera imprescindible otorgarla a terceros en caso de riesgo cierto e inminente y para favorecer una mejor atención.<sup>5</sup> En caso de niños, niñas y adolescentes está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.<sup>6</sup>

## Medidas de protección integral de niños, niñas y adolescentes.

En caso de situación de vulneración o autovulneración (comportamiento autolesivo) de derechos se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Ley de Derechos del Paciente, art 11.

<sup>5</sup> Ley 26.529 art 2 Inc. e y art 4. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppio 6.

<sup>6</sup> Ley 17.132 art. 11.

<sup>7</sup> Ley 26.061, art 9, 3º párr., 30 y 33 art. 9, 3er párr.: "La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley."

art. 30. Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

art. 33. Medidas de protección integral de derechos. Son aquellas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias. La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente. La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización. Ley 26.657 art. 26.

# MEDIDAS INICIALES DE CUIDADO

**Representan las medidas básicas que deben acompañar todo el proceso de atención:**

- Brindar una atención digna, receptiva y humanitaria.
- Atender la urgencia prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis.
- Garantizar condiciones de cuidado:
  - No dejar a la persona sola. Garantizar el acompañamiento por parte del equipo de salud y/o referentes vinculares.
  - No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos, etc.) y asegurarse de que no tenga consigo dichos elementos. Evitar cercanías con puertas y ventanas. El equipo de salud se situará más próximo a la salida y sin cerradura.
  - Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con eventual acompañamiento y/o colaboración de otras personas (equipo de salud, acompañantes, personal de seguridad).
- Disponer del tiempo necesario para la atención.
- Disponer de ser posible de un ambiente de privacidad / intimidad.
- Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada 2.0. Ediciones de la OMS Panamá, 2017.

- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes.
- En el caso de que la persona llegue sola, localizar referentes vinculares. En caso de desconocimiento de su identidad deben realizarse averiguaciones tendientes al esclarecimiento de su identidad<sup>9</sup>. Si es traída por organismos de seguridad, se solicita la permanencia del personal con el fin de aportar datos y toda otra colaboración que la situación requiera<sup>10</sup>.
- Identificar a los referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar durante el proceso de atención. En caso contrario, deberán ser incluidos en momentos diferenciados. Considerar que los referentes vinculares también requieren la atención del equipo de salud.

La reacción al miedo es una variable frecuente:

- a) De la persona en crisis y/o de los referentes vinculares (el miedo puede llevar a defenderse pudiendo generar una conducta de retraimiento, rechazo, violencia, fuga).
- b) Del propio equipo de salud (ante las expresiones del paciente o por prejuicios y/o desconocimiento).

Si esta variable se tiene en cuenta, será más sencillo comprender las reacciones e intervenir en consecuencia transmitiendo serenidad.

---

<sup>9</sup> Ley 26.657, art.18.

<sup>10</sup> En el caso de tratarse de víctimas de violaciones de derechos humanos, hayan sido éstas perpetradas durante el terrorismo de Estado, o se traten de excesos del personal de seguridad durante la democracia, se sugiere evitar el acompañamiento de la persona por dicho personal.



# EVALUACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE LA PERSONA Y DE LA SITUACIÓN

## | Entrevistar a la persona y/o referentes vinculares.

Evaluar:

- Aspecto general y presentación de la persona (cómo llega, con quién, en qué condiciones de aspecto general de acuerdo a su ámbito socio-cultural).
- Examen físico general:
  - Signos vitales.
  - Embarazo.
  - Signos de abuso sexual/maltrato.
  - Signos de autolesión/intento de suicidio.
  - Signos físicos de consumo nocivo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).
- Estado psíquico global. Síntomas actuales y detección de otros síntomas (ver ANEXO I).
- desencadenantes de la crisis. Indagar el contexto en el que ocurre, cambios en las costumbres y usos cotidianos o cualquier acontecimiento estresante en curso.
- Tener en cuenta la coexistencia de múltiples factores.
- Antecedentes de episodios similares y/o tratamientos previos. Antecedentes familiares.

- Tener en cuenta las condiciones de vida (vínculos existentes, empleo, vivienda, situación económica). Considerar factores protectores y factores de riesgo.

Efectuar diagnóstico diferencial (patología orgánica, psíquica o intoxicaciones, entre otros). En caso de sintomatología médica concomitante efectuar interconsulta/intervención correspondiente.

# CUADROS O MANIFESTACIONES MÁS COMUNES

**En la urgencia no es imprescindible hacer un diagnóstico psicopatológico preciso. Se debe realizar una valoración clínica global de la crisis que permita actuar con eficacia y prudencia.**

Manifestaciones/ Cuadros comunes	Signos y síntomas más habituales	Posibles factores causales	Tratamiento
1. Excitación psicomotriz	<p>Todos o algunos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividad verbal o motora aumentada o inadecuada, respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o heteroagresión.</li> <li>-Alteración de las funciones psíquicas: alucinaciones, delirios, alteraciones de la conciencia, del juicio, la memoria. Insomnio.</li> <li>-Tener en cuenta los Signos de escalada en la excitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, posquirúrgicos.</li> <li>-Psicógenos: descompensación psicótica, crisis maníaca, episodio de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abordaje Psicosocial / Psicoterapéutico / Psicofarmacológico y/ o mecánico, de ser necesario.</li> <li>-En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</li> </ul>

<p>2. Inhibición psicomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución o ausencia de la actividad motora, cognitiva y/o verbal.</li> <li>- Dificultad o desinterés por el entorno y/o por sí mismo y actividades cotidianas.</li> <li>- Aislamiento. Retraimiento.</li> <li>- Mirada perdida.</li> <li>- Insomnio, hipersomnia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</li> <li>-Psicógenos: descompensación psicótica o de cuadros depresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje Psicosocial / Psicoterapéutico / Psicofarmacológico del cuadro de base.</li> <li>- En caso de causal orgánico tratar cuadro de base .</li> </ul>
<p>3. Estados confusionales: A) Síndrome de confusión mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteración evidente del nivel de la conciencia (tendencia al sueño, obnubilación, estupor).</li> <li>- Trastornos cognitivos.</li> <li>- Alteración de parámetros vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vinculado al cuadro de base.</li> </ul>
<p>B) Otros estados de alteración de la conciencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desorientación tiempo-espacial y/o de sí mismo.</li> <li>- Disociación, despersonalización.</li> <li>- Distorsión de la atención (distracción excesiva, dispersión), de la memoria, de la percepción, de la actividad psicomotora y del sueño.</li> <li>- Perplejidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicógenos: trauma reciente, estrés agudo, descompensación psicótica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje Psicosocial / Psicoterapéutico / Farmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</li> </ul>

<p>4. Crisis de ansiedad/ angustia</p>	<p>-Sensación desmedida de alerta, inquietud, aprehensión, desamparo, miedos inespecíficos y/o excesivos (a estar o salir solo, a viajar, morirse, etc).</p> <p>- Sensaciones subjetivas de dolencias físicas: adormecimiento en manos y piernas, "ahogo", opresión precordial, sensación de muerte inminente o locura.</p> <p>-Taquicardia, sudoración, hiperventilación, rigidez corporal, llanto, temblor generalizado, agitación.</p>	<p>-Psicógenos o reactivos a situaciones vitales.</p> <p>-Orgánicos: endocrinológicos, cardíacos, tóxico, etc.</p>	<p>- Abordaje Psicosocial / Psicoterapéutico: favorecer la expresión del malestar y del motivo desencadenante.</p> <p>-Abordaje psicofarmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</p> <p>-En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</p>
<p>5. Estado delirante/ alucinatorio</p>	<p>-Ideas delirantes (creencias falsas sostenidas con certeza irreductible).</p> <p>-Alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, olfativas (percibir voces, imágenes, sensaciones corporales, olores inexistentes, respectivamente).</p> <p>-Pensamiento incoherente y/o disgregado.</p> <p>- Conducta desorganizada y actitudes extrañas.</p>	<p>-Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos traumáticos.</p> <p>-Psicógenos: descompensación psicótica, episodio maníaco o melancólico.</p>	<p>-Abordaje Psicosocial / Psicoterapéutico. Tener en cuenta no contradecir los dichos de la persona ni promover o alimentar el delirio.</p> <p>-Abordaje psicofarmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</p> <p>-En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</p>

<p>6. Síndromes relacionados con el uso de psicofármacos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por síndrome extrapiramidal: distonías agudas, acatasia, parkinsonismo.</li> <li>- Por síndrome colinérgico agudo: ataxia, sequedad de mucosas, midriasis, confusión, agitación.</li> <li>- Por síndrome neuroléptico maligno: rigidez muscular, hipertermia, inestabilidad autonómica, aumento de CPK, leucocitosis, cambios en el nivel de conciencia.</li> <li>- Por síndrome serotoninérgico: alteraciones mentales, hiperactividad autonómica y trastornos neuromusculares.</li> <li>- Por reacción paradójica por benzodiazepinas: locuacidad, hiperactividad, ansiedad creciente, irritabilidad, taquicardia, sudoración, sueños vívidos, desinhibición sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción. Idiosincrasia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interconsulta con clínica médica (eventual requerimiento de terapia intensiva). Tratamiento específico de cada cuadro.</li> </ul>
<p>7. Intento de suicidio / autolesión.</p>	<p>Ver <i>"Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes"</i>. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.*</p>		
<p>8. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias.</p>	<p>Ver <i>"Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes"</i>. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.*</p>		
<p>9. Situaciones de maltrato / abuso sexual.</p>	<p>Ver <i>"Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones"</i>. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.*</p> <p>Ver <i>"Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia"</i>. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.</p>		

\* Disponibles en Banco de Recursos para Equipos de Salud en [www.argentina.gob.ar/salud](http://www.argentina.gob.ar/salud)

# ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS INMEDIATAS

Se intentarán utilizar los métodos menos restrictivos y en el caso de emplear inicialmente la intervención farmacológica o sujeción física o mecánica, deberán estar acompañadas del abordaje psicosocial correspondiente a cada situación.

## | **Abordaje psicosocial / psicoterapéutico.**

Es importante intervenir en el contexto de la persona en crisis, en la situación en la que se produce y sobre los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona (pérdidas, desempleo, desarraigo, episodios de violencia, etc.), situaciones de carencia (física, emocional y social) y en relación a enfermedades/padecimientos previos, entre otras. Esto incluye, de ser necesario, las intervenciones en el domicilio de la persona en crisis, en la vía pública u otros ámbitos comunitarios. También amerita las acciones intersectoriales necesarias para lograr una atención integral que permita efectivizar este abordaje.

La buena disposición del equipo de salud es fundamental para una mejor calidad e atención y eficacia terapéutica.

El trato respetuoso y receptivo posibilita que la persona pueda expresarse y favorece la calma. Es importante respetar los tiempos y silencios de la persona.

Evitar confrontar o realizar juicios de valor; considerar que las funciones psíquicas pueden estar alteradas. Desestimar las percepciones o juicios, sólo conducirá a una confrontación innecesaria.

Invitar a la persona a “hablar sobre lo que le pasa” (disponer de tiempo y de lugar). Tener en cuenta que poder expresarse, poner en palabras lo que le pasa y ser escuchado, suele tener un efecto de alivio.

Intentar que la persona pueda comprender la circunstancia actual/motivo que desencadena la sintomatología.

Es necesario considerar los aspectos vinculares y en particular la existencia de la red de apoyo socio-familiar de la persona e intervenir para favorecer su inclusión participativa.

De igual manera potenciar los aspectos de la persona que tiendan a su autonomía y autovalimiento.

Consensuar soluciones en base a las propuestas que haga la persona y a las que puede brindarle la institución considerando el entorno de la misma.

Muchas crisis se resuelven en esta instancia sin necesidad de recurrir a la medicación ni a la contención física. En caso de ser necesarios se detallas a continuación:

### **- Abordaje psicofarmacológico.**

El empleo de medicación constituye una de las herramientas del equipo de salud. A través de su uso en el abordaje de las urgencias, se pretende disminuir el sufrimiento y en los casos de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros lograr la sedación, con el fin de poder definir una conducta efectiva para el seguimiento.

La medicación responderá a las necesidades fundamentales de la salud de la persona y solo se utilizará con fines terapéuticos o de diagnóstico.

Utilizar la vía oral en primer lugar si es posible. En caso contrario o de riesgo inminente, se usará la vía intramuscular (de más rápida acción).

**El uso combinado de haloperidol y de lorazepam es la indicación más adecuada para atender la urgencia.**

La combinación de ambos potencia el efecto incisivo (antidelirante /antialucinatorio) del haloperidol y el efecto sedativo del lorazepam que poseen por separado, permitiendo utilizar menor dosis de cada uno.

El haloperidol posee el mayor efecto incisivo de todos los antipsicóticos y el lorazepam, al ser relajante muscular, disminuye la aparición de disquinesias precoces que se pueden presentar con el primero (disonías cervicofaciales, bucolingual y faríngea o de otros grupos musculares).



No se recomienda el uso de lorazepam en personas que cursan cuadros de intoxicación con drogas sedativas, hipnóticos o ambas, daño cerebral y en población adulta mayor. No es aconsejable el uso de antipsicóticos típicos sedativos como la clorpromazina (Ampliactil), levomepromazina (Nozinan) y prometazina (Fenergan) por ser bloqueantes alfa adrenérgicos, pudiendo generar efectos contraproducentes (hipotensión, arritmias, etc.), sobretodo en personas con antecedentes cardiovasculares previos.

### **Para la elección del fármaco a utilizar es conveniente delimitar.**

- 1) Si la crisis corresponde primariamente a un cuadro orgánico (tóxico, metabólico, entre otros) o psicógeno,
- 2) Cuáles son los síntomas preponderantes y más perturbadores, porque acorde a ellos será el tratamiento a instaurar en la urgencia,
- 3) Si se conocen los antecedentes de tratamientos y la urgencia constituye una descompensación, tener en cuenta el esquema previo y su cumplimiento.

### **Esquema de referencia.**

**Haloperidol:** Comp. 1, 5 y 10 mg y gotas con 0.1 mg haloperidol/gota y de 0.5 mg haloperidol/gota (VO), ampollas de 5 mg (IM).

Cada administración puede ser entre 2 a 10 mg VO o IM. La dosis máxima diaria no debe superar los 20 mg. El haloperidol es una medicación segura ya que se requieren dosis muy elevadas para provocar letalidad.

*En niños, niñas y adolescentes:* de 3 a 12 años: 0,01 a 0,03 mg/kg/día VO en dos dosis día. Máximo 0,15 mg/kg/día. En mayores de 12 años: 0,5 a 5 mg dosis. Por vía IM: 0,025 a 0,075 mg/kg/dosis ó 1 a 5 mg dosis, repetibles cada ½ a 1 hora hasta ceder la agitación.

**Lorazepam:** Comp. 1, 2, 2.5 mg vía oral (VO) o ampollas de 4 mg vía intramuscular (IM) (requiere cadena de frío)

Dosis de inicio: *En adultos sanos* 2 mg (Vo o IM), no se deben superar los 4 a 6 mg en un lapso de 1.5 hs. *En niños, niñas, adolescentes o ancianos* 0.5 a 1 mg (VO o IM), no se deben superar los 2 a 4 mg en un lapso de 1.5 hs. Considerar antecedentes de uso y posibilidades de efecto paradójal.

Las dosis pueden repetirse cada 30 a 60 minutos hasta obtener la remisión de la excitación de la persona. La dosis máxima de lorazepam en 24 horas es de 10 a 15 mg.

Se pueden repetir ambos (haloperidol + lorazepam) luego de la primera hora de adminis-

trados. Si fuera necesario, puede acortarse el tiempo de repetición de las dosis a cada 30 minutos hasta la remisión de la agitación.

En caso de no contar con haloperidol, podrá ser reemplazado por otro antipsicótico típico, como el zuclopentixol, o por antipsicóticos atípicos, como la risperidona, olanzapina o quetiapina. En caso de no contar con lorazepam, reemplazar por clonazepam (sublingual o vía oral) o Diazepam con las precauciones.

### **- Sujeción mecánica.**

Se recurrirá a esta medida cuando haya sido imposible resolver la crisis por medio de la intervención verbal y/o del uso de psicofármacos considerando la persistencia del riesgo cierto e inminente. Tener en cuenta que al ser una medida restrictiva su utilización está fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro de un enfoque de derechos<sup>11</sup>.

Es un procedimiento que permite limitar los movimientos de la persona agitada mediante sistemas de inmovilización física, evitando un posible daño para la persona en crisis y para su entorno.

En el entorno de las urgencias, se debe contar con un protocolo de actuación que contenga los datos filiatorios, diagnóstico, estado de situación que justifique la medida, que medidas terapéuticas fracasaron previamente, tipo de sujeción, estado clínico general y hora de inicio y finalización de la sujeción.

La práctica de sujeción mecánica, no constituye una medida terapéutica por sí sola, y no implica el alivio de sufrimiento de la persona. Es principalmente un medio para facilitar la acción de los abordajes descriptos anteriormente.

Esta práctica supone una relación de asimetría real, concreta y materializada entre el equipo de salud y la persona con padecimiento psíquico. Se debe tener siempre presente que constituye en tanto recurso coercitivo, un momento en donde la reciprocidad u acuerdo terapéutico no son posibles debido a que compromete la subjetividad y ejercicio de derechos<sup>12</sup>. Esto conlleva a experimentar emociones negativas por parte de los profesionales y persona con padecimiento psíquico<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Del Giudice G. La contención mecánica: ¿tratamiento sanitario o violación de derechos humanos?

<sup>12</sup> Fernandez Rodriguez A y Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. 2014, vol.25,(2) 63-67. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1134-928X.

<sup>13</sup> Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, Ppio 11.

## Precauciones.

La contención física no constituye una medida terapéutica por sí sola, es principalmente un medio para facilitar la acción de los abordajes descritos anteriormente, en caso de presentarse, por ejemplo, dificultad para medicar, extrema agitación motora, autolesiones compulsivas, la manipulación de vías o sondas, entre otros.

Examinar posibles complicaciones clínicas que pueden originarse directamente por la presión o por mal posicionamiento del medio de contención tales como: abrasiones de la piel, compresión de nervios, isquemia de las extremidades y órganos. La inmovilidad puede producir entre otras complicaciones, tromboembolismo pulmonar y úlceras de decúbito.

Los incidentes potencialmente mortales pueden ser causados por mala colocación de las medidas de contención y por los intentos simultáneos de la persona que busca liberarse, lo que puede determinar asfixia y muerte<sup>14</sup>.

Es importante contar con el personal necesario para efectuar el procedimiento. En caso de escalada de los síntomas de irritación y agresividad no se debe esperar a ser agredido para intervenir y, en caso de ser necesario, avisar al personal de seguridad o policía. Las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar. En caso contrario es delito de abandono de persona<sup>15</sup>.

## Procedimiento.

Las recomendaciones presentadas pueden requerir diversos grados de complejidad, de acuerdo a cada situación presentada.

- Eliminar objetos peligrosos próximos y prever, de ser posible, un espacio físico adecuado para dicha intervención.
- De ser posible, contar con la ayuda de 4 o 5 personas: una por cada extremidad y otra para el control de la cabeza. Es recomendable que alguien coordine la intervención.
- Sujetar primero un brazo y la pierna contralateral, hasta sostener todas las extremidades, así como la cabeza y, según la intensidad del cuadro, también la cintura.

---

<sup>14</sup> Ramos Brieve JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Ed. Masson, 1999.

<sup>15</sup> Código Penal, art. 106 y 108.

- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención. Las vendas, sábanas o similares pueden desajustarse o producir lesiones. Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.
- La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente:
  - Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.
  - Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.

**Explicitar cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y cuidar, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Considerar que se retirará, en forma gradual, cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación.**

# PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento y los cuidados posteriores se basarán en un plan personalizado, elaborado por el equipo interdisciplinario, consensuado con la persona y su entorno, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. La persona requiere continuidad de seguimiento hasta el alta, siendo esta última al igual que la externación y los permisos de salida, facultad del equipo de salud que no requiere autorización judicial (quedando exceptuadas las internaciones realizadas en el marco del artículo 34 del Código Penal)<sup>16</sup>.

## | Tratamiento ambulatorio posterior a la situación de urgencia.

Incluye la atención, la rehabilitación y la recuperación social. Integra prestaciones individuales, familiares y grupales. Puede desarrollarse en el hospital general, centros de día y otros ámbitos socio-sanitarios tales como vivienda, trabajo y seguimiento en estructuras intermedias así como emprendimientos laborales productivos, centros de capacitación socio-laboral, cooperativas de trabajo, casas de medio camino, entre otros.

## | Internación.

### **Consideraciones generales.**

La internación es considerada como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica. Debe ser de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis. (Ver Anexo III).

Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Ley 26.657, art. 23. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, Ppio.9, ONU, 2001.

<sup>17</sup> Ley N 26.657 art 14.

**Evaluar al menos tres variables:**

- Sintomatología de la persona.
- Respuesta de la persona al plan de tratamiento (positiva, negativa, indiferente, otras).
- Grado de apoyo familiar y social como coadyuvante de la resolución de la crisis.

La internación se debe realizar en hospitales generales e instituciones polivalentes, públicos o privados promoviendo la implementación de los recursos adecuados a la estrategia terapéutica y teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la persona<sup>18</sup>.

Se priorizará una atención en el ámbito comunitario de la persona, teniendo en cuenta la red de recursos locales con el fin de:

- Facilitar la detección y asistencia pronta de eventuales recaídas.
- Promover la autonomía e integración de cada persona en su entorno, manteniendo los vínculos y la comunicación con familiares, allegados y con el entorno laboral y social, basándose en las capacidades, competencias y sistemas de apoyo de cada persona y de su comunidad.
- Socializar conocimientos y prácticas con la familia y/o la red social (comprensión de la situación, acompañamiento e intervención activa), disminuyendo el miedo al padecimiento mental.
- Asegurar la continuidad de los cuidados a posteriori del egreso hospitalario.

**Internación involuntaria.**

En caso de que la persona no brinde su consentimiento para ser internada y se evalúe la persistencia de riesgo cierto e inminente deberá procederse a la internación involuntaria, teniendo en cuenta que el bien superior es cuidar la vida por sobre el bien de la libertad.

En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, con independencia de la voluntad de internarse se debe proceder de acuerdo a las internaciones involuntarias a fin de dotar al procedimiento de mayores garantías<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Ley N 26.657 art 28.

<sup>19</sup> Ley 26.657 art 26.

La internación involuntaria debe ser el resultado de una evaluación actual situacional, realizada por un equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no puede reducirse exclusivamente a un diagnóstico clínico.

### **Riesgo cierto e inminente.**

Se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte.

Se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio.

Criterios para evaluar potencial daño para sí mismo u otras personas:

- Presencia de alucinaciones que ordenan daño o amenazas.
- Estado de desesperación con riesgo suicida: ideación suicida, plan concreto, actos de autoagresión.
- Vivencias de desesperanza: ausencia de proyectos o planes futuros, deterioro o pérdida de vínculos afectivos/laborales/sociales.
- Enfermedad terminal o crónica incapacitante.
- Episodios autolesivos previos (son ponderados más gravemente cuanto más letal haya sido el método elegido y sus consecuencias y cuanto más cercanos en el tiempo a la consulta actual)<sup>20</sup>.
- Incidentes significativos que puedan motivar la conducta de riesgo.
- Signos de violencia inminente/nivel creciente de agitación/ sensación subjetiva de descontrol/ impulsividad severa.

Procedimiento legal: en caso de internación involuntaria, "debe notificarse de la misma obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20"<sup>21</sup>. Ver Anexo III.

---

<sup>20</sup> Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. Msal 2012.

<sup>21</sup> Ley 26.657, art. 21.

## | **Abordaje con la red socio-familiar.**

Construir una red de sostén afectivo: coordinar el apoyo social de los recursos comunitarios disponibles, tanto informales (familiares, amigos, vecinos) como formales (pareja, equipo de salud, líderes comunitarios, religiosos, maestros), el afianzamiento de lazos afectivos y la inclusión en actividades sociales. Tener en cuenta las instituciones de salud de referencia para la persona. En caso de niños, niñas y adolescentes, es fundamental la presencia de un adulto significativo.

**Este documento ofrece recomendaciones para la intervención en la urgencia. Cada equipo de salud realizará la adecuación correspondiente a cada situación actuando en el marco de la Ley 26.657 y los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental.**



# ANEXO I

## EVALUACIÓN DEL ESTADO PSÍQUICO GLOBAL

- Estado de consciencia: despierto/dormido. Lúcido/Obnubilado.
- Grado de orientación global: ubicación témporo-espacial.
- Estado cognitivo global: atención, concentración y memoria.
- Aspecto físico: descuidado, señales visibles de abandono (siempre evaluado dentro del contexto socio cultural y etario).
- Actividad motora: inquietud, desasosiego, hiperactividad, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.
- Actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.
- Lenguaje: verborrágico, mutismo, neologismos.
- Pensamiento :
  - Curso: enlentecido, acelerado, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas.
  - Contenido: ideación coherente, delirante, de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte.
- Juicio: conservado, insuficiente (ej. retardo mental), debilitado (ej. demencia), suspendido (ej. confusión mental), desviado (ej. esquizofrenia).
- Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.
- Afectividad: humor expansivo (ej. manía), humor deprimido (ej. depresión), indiferencia afectiva (ej. esquizofrenia), labilidad (ej. bipolaridad).

# ANEXO II

## FARMACOS ALTERNATIVOS

### Dosis recomendadas:

- Risperidona: comp. de 0,5 - 1 - 2 - 3 mg. Dosis efectiva: 3 mg./día. Dosis máxima: 6 mg.
- Olanzapina: dosis de inicio de 2.5 mg., no superar una dosis diaria de 20 a 30 mg.
- Quetiapina: la dosis de inicio presenta acción sedativa (25 mg. VO). La dosis diaria no debe superar los 300 a 575 mg.
- Ziprasidona: 10 a 20 mg. IM, pudiéndose repetir con intervalos de 2 hs. (para una dosis de inicio de 10 mg.) o de 4 hs. (para una dosis de inicio de 20 mg.) hasta un máximo de 40 mg./día.
- Acetato de zuclopentixol: 50 a 150 mg. IM cada 48 a 72 hs.
- Clonazepam: 0.5 a 1 mg. cada 2 a 4 hs VO; puede repetirse según la evolución del paciente.
- Diazepam: no es un fármaco de primera elección ya que tiene una vida media larga, absorción errática y por vía EV cristaliza.

# ANEXO III

## | Internación.

En caso de contar con sala propia, el servicio recomendablemente deberá tener un número de camas destinadas a la internación que no exceda el 10% de las camas totales del efector.

Conforme al Capítulo VII de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, **la internación tanto voluntaria como involuntaria:**

- Es considerada como el último recurso dentro de la estrategia terapéutica.
- Es de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis.
- Será indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.
- El criterio clínico para la internación es la existencia de riesgo cierto e inminente<sup>4</sup> para el propio usuario o para terceros.
- Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica.
- No se deberá prescribir ni prolongar para resolver problemáticas sociales o de vivienda.
- Durante la estancia de internación la persona tiene derecho a mantener los vínculos y la comunicación con familiares, allegados y el entorno laboral y social.

### **Pasos a seguir en el proceso de internación:**

- Atención por parte de personal administrativo con conocimientos adecuados para la orientación institucional del usuario y/o sus allegados.
- Recepción por parte del equipo interdisciplinario del servicio salud mental.
- Cumplimiento del protocolo de consentimiento informado.
- Evaluación diagnóstica interdisciplinaria integral que implique motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. El diagnóstico interdisciplinario e integral deberá responder a una articulación entre las diferentes disciplinas que intervienen. La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.
- Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.
- Planificación terapéutica del tratamiento por parte del equipo tratante interdisciplinario.
- Se deberá garantizar el acompañamiento constante como medida de protección y cuidado.
- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o referentes afectivos y se desconociese su identidad, la institución deberá solicitar la colaboración de organismos públicos y realizar los pasos que se mencionan en el capítulo VII de la Ley Nacional de Salud Mental.
- Los informes periódicos consignados en la historia clínica deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas. Se debe fundamentar adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.
- El alta hospitalaria se dará cuando haya remitido la situación de riesgo cierto e inminente. El egreso será parte de la estrategia terapéutica y se realizará garantizando la continuidad de cuidados ambulatorios, que la situación de cada persona requiera por medio de un plan terapéutico de egreso.

**Además, se deberán considerar de manera especial las siguientes situaciones:**

- Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.
- Una de las circunstancias particulares, específicas y excepcionales para realizar un tratamiento sin consentimiento es cuando se determine, habiendo fracasado el resto de las intervenciones comunitarias posibles, y luego de la evaluación adecuada, que dicho tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas y donde no es posible por la situación obtener el consentimiento por parte del paciente.
- En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de sesenta días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión Local y al juzgado correspondiente. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de cinco días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidas para esta última situación.
- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez horas al juez competente y al Órgano de Revisión Local.
- Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.
- En las internaciones involuntarias se deberá realizar un dictamen profesional del servicio asistencial que realiza la internación.
- Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado.
- El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.
- El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592

**Aspectos principales desarrollados sobre Internación en salud mental.**

	Internación
Características generales.	<p>Último recurso.                      Carácter transitorio.                      Lo más breve posible.</p>
Criterio de internación.	<p>Cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones.</p> <p>Existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.</p>
Pasos a seguir.	<p>Atención por parte del personal administrativo.                      Recepción del equipo interdisciplinario.                      Protocolo de consentimiento informado.                      Evaluación diagnóstica interdisciplinaria integral.                      Registro en la historia clínica.                      Planificación terapéutica del tratamiento.                      Diagnóstico interdisciplinario e integral.</p>
Profesionales firmantes.	<p>De distintas disciplinas académicas autorizadas legalmente a integrar el equipo asistencial y uno de los cuales deberá ser necesariamente médico psiquiatra o psicólogo.</p>
Criterio de alta hospitalaria.	<p>Se dará cuando haya remitido la situación de riesgo cierto e inminente. Esta facultad es del equipo tratante.</p>

	<b>Internación voluntaria</b>	<b>Internación Involuntaria</b>
Consentimiento informado.	Debe ser indefectiblemente personal.	Circunstancia excepcional para realizar un tratamiento sin consentimiento es cuando se determine, luego de la evaluación adecuada, que dicho tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas.
Comunicación al ORL (Órgano de Revisión Local).	Más de 60 días corridos.	Plazo Max de 10 hs. <sup>22</sup>
Comunicación al juez competente.		Plazo Max de 10 hs y también cuando una internación involuntaria pasó a ser voluntaria.
Requerimiento.		Dictamen profesional del servicio asistencial que realiza la internación.
Abandono de la internación.	En cualquier momento.	Mientras existen los criterios de internación involuntaria evaluados por el equipo de salud (riesgo cierto e inminente) la persona debe continuar internada y únicamente con ese criterio, el cual deberá ser actualizado constantemente.

Cuadro "Características Generales de la Internación según la Ley Nacional de Salud Mental".

<sup>22</sup> Quien controlará periódicamente junto al Juez la legalidad y condiciones de la medida. Pasos a seguir desarrollados en el Capítulo VII de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y su decreto reglamentario.

## **Internación / atención / tratamiento de niños, niñas y adolescentes**

La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) establece en su Artículo 26 que: "En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley (Presupuestos de la internación involuntaria). En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos."

A su vez, el Decreto 603/13, reglamenta: "En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá: a) ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible, b) recabar su opinión, c) dejar constancia de ello en la historia clínica, d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado. En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado. Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso. Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley Nº 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley Nº 26.061."

En el año 2015 se sancionó el Código Civil y Comercial de la Nación (CCC), que dispone en su artículo 26: "A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo."

Ley de Derechos del Paciente Nº 26.529, inc E establece que: "los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061, a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud."

La interpretación armónica de las normas que regulan el consentimiento informado en mayores de 16 años, nos lleva a concluir que la LNSM no restringe sus derechos en lo que hace a sus tratamientos de salud, consagrados por el CCCN. Por el contrario, establece un sistema de tutela, de cuidado de estos menores, que coincide con la regulación internacional en cuanto a menores de 16 años, conforme compromisos que ha asumido el Estado Nacional.

La discusión jurídica que supone esta cuestión aún no se encuentra respondida desde el poder judicial con una interpretación unívoca y pacífica, por lo que las recomendaciones que deberían hacerse a los equipos de salud en caso de internación de una persona de entre 16 y 18 años son:

➤ Proceder acorde a lo establecido en la LNSM Art 26, considerando a la misma como involuntaria.



➤ Dar cumplimiento al Art 20: “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

➤ Dar cumplimiento al Artículo 21: La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente (con competencia en Menores) y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20.

➤ No obstante ello, se debe tener especial atención en “Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible, b) Recabar su opinión, c) Dejar constancia de ello en la historia clínica. (Art 26 Decreto 603/13).

➤ Se debe poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado. Alegando que en virtud del interés superior del niño y la tutela efectiva de los derechos del niño, la internación es considerada como involuntaria en pos del mayor cumplimiento de las garantías.

➤ Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso, teniendo en consideración que el diagnóstico en salud mental no debe ser fundado en demandas familiares (Art 3 inc b).

En lo que hace al consentimiento informado, libre y pleno, acorde a la legislación especial (Ley 26.529 - Principios para la atención de los enfermos mentales ONU Principio 11, Ley 26657 Art 7 inc j m Art 10 Art 16 inc e 17 18 19), el menor desde los 16 años está en condiciones de firmarlo, conforme lo establecido en el Artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación: “Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales”.

No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo."

En el caso de los menores de hasta 18 años, considerar a la internación como involuntaria no es contradictorio de los principios de autonomía del menor, sino que las cuestiones aquí referenciadas tienen que ver con una especial y efectiva tutela que el Estado debe ofrecer a los menores, conforme compromisos asumidos internacionalmente: así, la internación tomada como involuntaria debe tener en vistas el asegurar los derechos y las garantías del menor en el proceso de internación, evaluando en todo momento si persiste la situación de riesgo cierto e inminente, y cumpliendo con las comunicaciones que demanda la internación pediátrica por motivos de salud mental.

El marco establecido en el Art 26, respecto a los menores, además supone que se dé cumplimiento a los Artículos:

art. 23 "El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal."

Aquí se debe valorar que cesada la situación de riesgo cierto e inminente y acorde a un plan de externación se debe proceder al alta del menor, asegurando la continuidad de cuidados e informando a las autoridades competentes.

Art 24. "Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un

equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.”

El Art 25 “Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.”

En caso de existir conflictos entre la intención del menor, su equipo tratante o sus representantes legales, resulta competente para entender el Comité de Ética de la institución donde se encuentra internado. (Ley N° 26.529 – Decreto 1089/12 Art 2 inc e “Autonomía de la Voluntad. El paciente es soberano para aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que se le propongan en relación a su persona, para lo cual tiene derecho a tener la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente e incluso a negarse a participar en la enseñanza e investigación científica en el arte de curar. En uno u otro caso, puede revocar y dejar sin efecto su manifestación de voluntad. En todos los casos, deberá registrarse en la historia clínica la decisión del paciente y también su eventual revocación.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la voluntad de los niños, niñas y adolescentes sobre esas terapias o procedimientos, según la competencia y discernimiento de los menores. En los casos en que de la voluntad expresada por el menor se genere un conflicto con el o los representantes legales, o entre ellos, el profesional deberá elevar, cuando correspondiere, el caso al Comité de Ética de la institución asistencial o de otra institución si fuera necesario, para que emita opinión, en un todo de acuerdo con la Ley N° 26.061. Para los casos presentados por la vía de protección de personas, conforme lo establecido en los artículos 234 a 237 del Código Procesal Civil y Comercial, deberá prevalecer en idéntico sentido el mejor interés del paciente, procurándose adoptar el procedimiento más expedito y eficaz posible que atienda su competencia y capacidad.)

En estos casos el deber de tutela del Estado es reforzado<sup>23</sup> siendo que estamos en presencia de un ser doblemente vulnerable por su edad y por su estado respecto a su salud mental, la internación considerada involuntaria así permitirá un control de legalidad<sup>24</sup> más amplio, todo lo cual debe ser en pos del interés superior del niño. Desde esta perspectiva se busca garantizar el debido proceso, la asistencia letrada, respuesta judicial oportuna, el contacto con el menor de edad y el ejercicio de su derecho a ser escuchado.

---

<sup>23</sup>La Corte Suprema, con voto de los ministros Ricardo Lorenzetti, Elena Highton de Nolasco y Juan Carlos Maqueda, reiteró en autos “A. N. c/ S., R. si filiación”, que los jueces tienen “un deber de tutela reforzado” cuando se trate de resolver casos en los que estén involucradas personas vulnerables.

<sup>24</sup>C. 121.160, “C., A. R. Insania curatela” la SC Bs. As “Asimismo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha expresado que “el respeto de la regla del debido proceso debe ser observado con mayor razón en el caso de quienes padecen un sufrimiento mental debido al estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el que se encuentran frecuentemente estas personas, lo que reafirma el principio constitucional de una tutela judicial efectiva” (CSJN, “Terulli”, sent. de 22-XII-2015)

# MARCO LEGAL Y TÉCNICO

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948).
- Ley Nacional N° 17.132 Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares.
- Declaración de Caracas. O.P.S. 1990.
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos – OEA - en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991 (incorporados a la LNSM en su Art 2)
- Ley 25.649 de Especialidades Médicas y Medicamentos Genéricos.(2002)
- Principios de Brasilia. 2005.
- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización de las Naciones Unidas (2006). Aprobada por la Ley 26.378.
- Ley Nacional No 26.657 de Salud Mental y su Decreto Reglamentario 603/2013.
- Consenso de Panamá. O.P.S. 2010.
- Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado y su Decreto Reglamentario N° 1089/2012

# GLOSARIO

**ATENCIÓN INTEGRAL:** Se trata de un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población.

**ATENCIÓN PRIMARIA:** La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

**ABORDAJE PSICOSOCIAL / PSICOTERAPÉUTICO:** Combinación de técnicas terapéuticas individuales y comunitarias elaboradas en función de las necesidades de la persona y su entorno.

**CIUDADANO:** Es el individuo como sujeto de Derechos Políticos. Esto quiere decir que el ciudadano interviene en la vida política de su comunidad al ejercer dichos derechos. La ciudadanía también implica una serie de deberes y obligaciones.

**COMUNIDAD:** La comunidad es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria. Y hace referencia a un conjunto de personas que tienen una historia en común, que comparten una identidad que las define y las enlaza. La comunidad es el espacio común de los intercambios donde las personas se desarrollan. En Salud Mental Comunitaria, preservar y promocionar los vínculos comunitarios, familiares y sociales de quienes han sido internados/as por motivos de padecimiento mental, es una intervención prioritaria. Como también toda estrategia de rehabilitación que esté orientada a la integración social de la persona afectada.

**EQUIPOS DE SALUD:** Según la OMS, es definido como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, y con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los/as usuarios/as y familias atención integral de salud.

**INTERDISCIPLINARIEDAD:** Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos e instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no

convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.

**INTERSECTORIALIDAD:** Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de: desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

**MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN:** Se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios sociosanitarios con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación de recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos.

**PRESTACIONES:** Acción y efecto de dar un servicio. Acción 37 Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados". Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (cap. I, art. 4).

**SALUD MENTAL:** Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona. (LNSM).

**SECTOR ESTATAL:** El sector público es el conjunto de organismos administrativos mediante los cuales el estado cumple, o hace cumplir la política o voluntad expresada en las leyes del país.

**RED DE SERVICIOS CON BASE EN LA COMUNIDAD:** Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social.

**SERVICIOS DE SALUD:** "En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados". Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (capítulo I, artículo 4). o es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social en derechos humanos.

**TRASTORNO MENTAL SEVERO:** Problemática de salud mental que implica la consideración de diferentes dimensiones: la prevalencia, la duración prolongada y un grado variable de discapacidad. Las personas con trastornos mentales severos son consideradas como población priorizada para el abordaje en el modelo comunitario de atención.

**URGENCIAS:** “Aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.

# BIBLIOGRAFÍA

Benedetto Saraceno, Daniele Coen, Gianni Tognoni- Milán Italia. (1990). Uso de Psicofármacos en la Clínica. Cuaderno Técnico N° 32 – OPS-OMS.

Caplan, G. (1985). Principios de psiquiatría preventiva, Barcelona: Paidós.

Chinchilla, Alfonso (coordinador).(2003). Manual de urgencias psiquiátricas, nuevas generaciones en neurociencias, formación continuada psiquiatría, 1ª. ed., Barcelona, España, Masson, (Ed. 2006.pp.675).

Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).

Cohen, H.; Natella, G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Cohen, H.; Natella, G. (1993). Trabajar en salud mental: La desmanicomialización en Río Negro, Buenos Aires, Ed. Lugar.

Constitución de la Nación Argentina (sancionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994).

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.

Levav, I. (1992). Temas de salud mental en la comunidad, Washington DC, Paltex.

Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de la Provincia de Río Negro. Río Negro, 1991. Sanción: 11/09/1991, Promulgación: 03/10/1991- Decreto N° 1466/1991. Publicación: B.O.P. N° 2909 - 10 de octubre de 1991; pp. 1-2.

Ley 448. La Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.Promulgada: Año 2000.

Ley 17.132. Regimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. Sancionada: 24 de Enero de 1967. Promulgada: 31 de Enero de 1967.



Ley Nº 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. Sancionada: Septiembre 28 de 2005. Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005.

Ley Nº 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.

Ley 13.298 (Pcia. Bs. As.). Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Promulgación: Decreto 66/05 del 14 de Enero de 2005. Publicación: 27 de Enero de 2005 B.O. Nº 25090.

MSAL (2012). Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes.

MSAL (2012). Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes.

Ministerio de Salud de Perú. Dirección de Salud Mental. (2008). Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Guía de práctica clínica en Depresión y Conducta Suicida. [www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp](http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp)

Natella, G., Reales, H., Tortorellia, M. (2011). Documento Preliminar "Urgencias en Salud Mental". Presentado en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Observación General Nº 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. 33º período de sesiones, 19 de mayo a 6 de junio de 2003.

Observación General Nº 12. El derecho del niño a ser escuchado. Comité de los Derechos del Niño. 51º período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009.

Observación General N 4 del Comité de los Derechos del Niño: "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, puntos 15 y 16".

OMS, (2010). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá ed.

ONU. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

OPS/OMS. (2009). Salud mental en la comunidad, Washington Ed. Rodriguez, J.

Who (2005). Mental Health Policy Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneve, Ed. WHO.

Who. (2005). Improving access and use of psychotropic medicines. Geneve Ed. WHO.

Wikinski S., Jufe G. (2004). El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones  
Secretaría de Gobierno de Salud  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación  
República Argentina  
(011) 4379.9162  
saludmentalnacion@gmail.com  
Año 2019

