

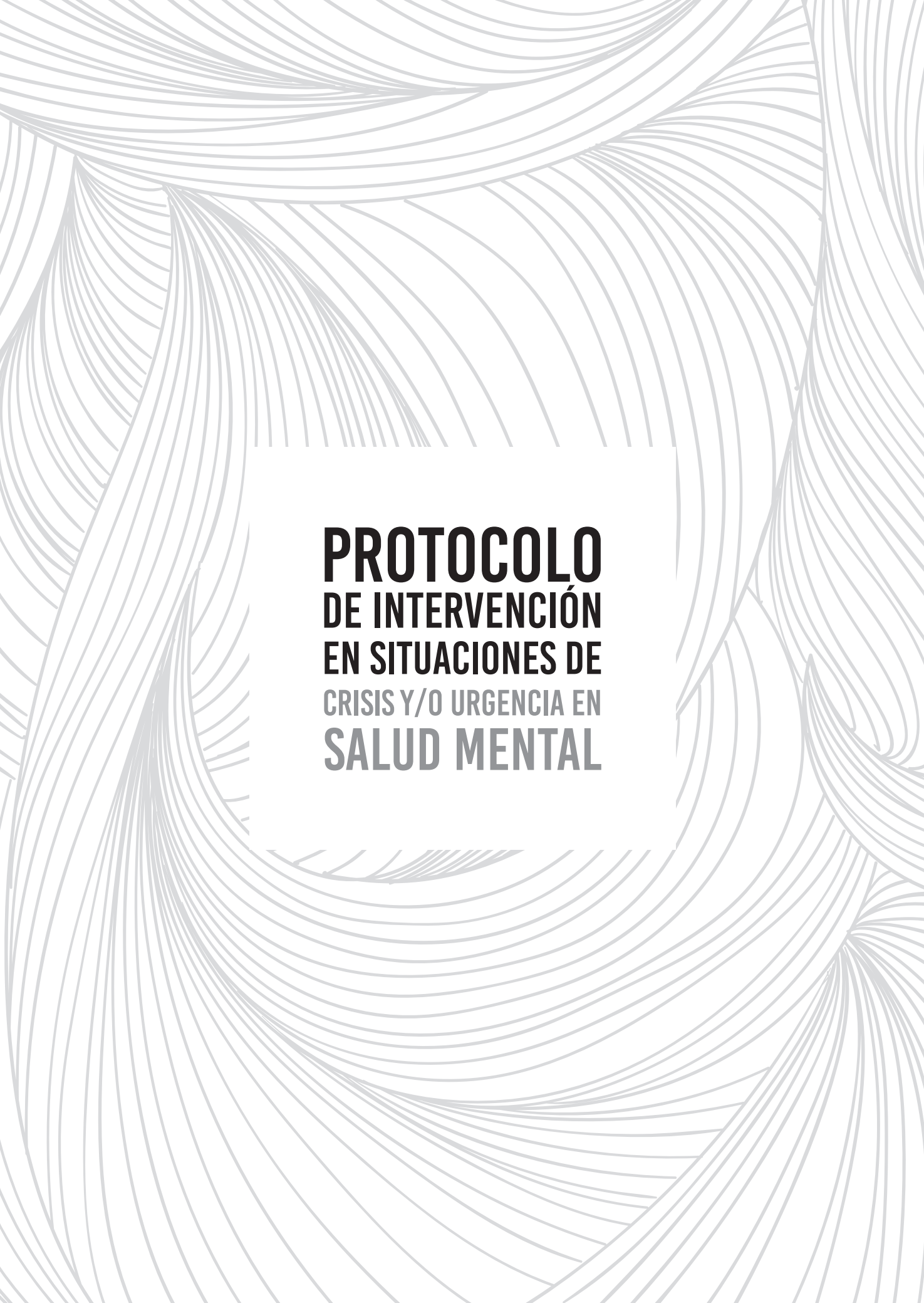
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS Y/O URGENCIA EN SALUD MENTAL



Colegio de Psicólogos
de la Provincia de Córdoba
Ley 8312



**OBSERVATORIO DE
SALUD MENTAL Y
DERECHOS HUMANOS**



**PROTOCOLO
DE INTERVENCIÓN
EN SITUACIONES DE
CRISIS Y/O URGENCIA EN
SALUD MENTAL**

Este protocolo fue elaborado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba; participaron en dicha producción la Comisión de Salud Mental del Colegio de Psicólogos de Córdoba y el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba, quienes fueron convocados a tal fin desde el mes de mayo de 2015 hasta noviembre de 2017.

Intervinieron en calidad de autoras: Licenciada en Psicología Buhlman, Soledad; Licenciada en Psicología Castillo, Adriana; Licenciada en Psicología Ferreyra, Jessica; Magíster en Salud Mental y Licenciada en Terapia Ocupacional Heredia, Ana; Doctora en Derecho y Ciencias Sociales y Abogada Monasterolo, Natalia; Licenciada en Psicología Nahum, Elizabeth.

Intervinieron en calidad de colaboradoras: Magíster en Salud Pública y Licenciada en Psicología Burijovich, Jacinta; Licenciada en Psicología Galán, Nora; Licenciada en Psicología Mosquera, María José; Licenciada en Psicología Palacio, Ana.

Los expertos que aportaron efectuando su revisión fueron: Licenciada en Psicología Berra, Cecilia; Licenciado en Enfermería Ceballos, Fernando; Licenciada en Terapia Ocupacional García Ariceta, Verónica; Licenciada en Psicología Yoma, Solana; Doctora en Ciencias de la Salud y Licenciada en Enfermería Malvárez, Silvina; Licenciada en Trabajo Social Miranda, Alicia y Médico Psiquiatra Romani, Carlos.

Colaboraron a través de su presencia y aportes en el taller de discusión realizado en noviembre de 2015 *“Hacia un protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencia”*, profesionales con diversas trayectorias e inserciones en el campo de la salud mental y en representación de instituciones públicas y privadas de Córdoba, del 1º, 2º y 3º nivel de atención.

SUMARIO

Pg 9	Presentación
Pg 13	Capítulo 1: Consideraciones generales <ol style="list-style-type: none">1. Introducción2. Objetivos3. Derechos/deberes orientativos4. Conceptos para el abordaje de situaciones de crisis y/o urgencia5. Dimensiones éticas y jurídicas para el abordaje de crisis y/o urgencias6. Sistema de acompañamiento, capacitación y monitoreo (Tercero Neutral Asignado y Red de Bioética)
Pg 29	Capítulo 2: Primeras medidas <ol style="list-style-type: none">1. Comienzo de la intervención: información preliminar2. Consideraciones iniciales de cuidado3. Evaluación integral de la persona y de la situación4. Proceso de consentimiento informado
Pg 43	Capítulo 3: Itinerarios de intervención <ol style="list-style-type: none">1. Estrategias terapéuticas inmediatas: proceso de intervención en situaciones de urgencia<ul style="list-style-type: none">› Abordaje psicosocial/psicoterapéutico› Abordaje psicofarmacológico› Sujeción mecánica como última opción› Internación voluntaria e involuntaria2. Decisiones posteriores: proceso de intervención en situaciones de crisis<ul style="list-style-type: none">› Formulación de la estrategia terapéutica› Implementación de la estrategia terapéutica› Programa de seguimiento, cuidados y acompañamiento› Evaluación de las estrategias implementadas› Revisión del diagnóstico situacional
Pg 65	Capítulo 4: Redacción del informe final
Pg 73	Anexos
Pg 112	Referencias bibliográficas



PRESENTACIÓN

El protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental, fue elaborado entre la Comisión de salud mental del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba y el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba. La característica de este equipo de trabajo es la interdisciplinariedad en su conformación y posibilidad de articulación con otros espacios, instituciones y organizaciones vinculadas a la salud mental. Dicha particularidad permitió la construcción participativa con expertos en la materia y con profesionales del campo en representación de instituciones públicas y privadas de Córdoba, de los tres niveles de atención.

Pensar en protocolizar prácticas complejas, donde la multiplicidad de actores y contextos son diversos, no fue tarea sencilla; implicó construcción y deconstrucción de saberes para poder mirar desde un abordaje integral de la salud mental con enfoque de derechos, tal como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (1)

Para elaborarlo se tomó como referencia el documento titulado *Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental* confeccionado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2013 (2)

A los fines de producir un protocolo que contemple las características locales, también se han tenido en cuenta las recomendaciones efectuadas por el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental. Dichas recomendaciones se realizaron a partir de su visita a instituciones de la provincia de Córdoba en junio del 2015 con el objetivo de evaluar la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, pronunciarse acerca del cierre de las salas de aislamiento y conocer la situación general de los servicios de salud mental (3)

A su vez, los sucesivos informes *Mirar Tras Los Muros: Situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba* (4) (5), en los cuales el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos tuvo activa participación (mediante la construcción del capítulo de salud mental), sirvieron como plataforma para obtener un conocimiento amplio y profundo de la coyuntura local en la materia. Con esto ingresaron a las fuentes de consulta y conformaron parte del material teórico para la producción del presente.

Además, el informe de investigación realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), presentado en el libro *Cruzar el Muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio* (6),




➤ focalizado en analizar las estrategias implementadas en el territorio argentino con respecto a la externación de personas con períodos de institucionalización prolongada, constituyó otro de los insumos para la construcción de este documento.

Estos lineamientos son un instrumento destinado a todos los integrantes de los equipos de salud, de forma tal que la crisis y/o la urgencia en salud mental puedan ser asistidas en cualquier instancia de la red de servicios sanitarios y sociales.

De tal manera, el protocolo pretende constituirse en una herramienta con recomendaciones para orientar el proceso terapéutico de situaciones críticas, en los distintos dispositivos y estrategias planteadas por los marcos normativos vigentes en la materia, anclado en el modelo universal de protección de los derechos humanos.

Aspira a ser una guía útil y adecuada que acompañe a los profesionales en el proceso de transformación en el campo de la salud, facilitando la descentralización de la atención, promoviendo el dinamismo inter-equipos, contribuyendo a la interdisciplina y al trabajo intersectorial (educación, trabajo, desarrollo social, justicia, entre otros), acompañando la eliminación del uso de las salas de aislamiento y promoviendo la concreción de procesos terapéuticos acordes a dicha normativa.

 Este documento está subdividido por capítulos: En el *capítulo 1* se explicitan las *Consideraciones generales* del protocolo (introducción, objetivos, derechos/deberes orientativos, conceptos para el abordaje de situaciones de crisis y/o urgencia, dimensiones éticas y jurídicas, sistema de acompañamiento, capacitación y monitoreo); en el *Capítulo 2* se desarrollan las *Primeras medidas* a tomar en la intervención (información preliminar, consideraciones iniciales de cuidado, evaluación integral de la persona y la situación, proceso de consentimiento informado); en el *Capítulo 3* se definen los *Itinerarios de intervención*, especificando las estrategias terapéuticas inmediatas que corresponden a las situaciones de urgencia (abordaje psicosocial/psicoterapéutico, psicofarmacológico, sujeción mecánica como última opción, internación voluntaria o involuntaria), y las decisiones posteriores que corresponden al proceso de intervención en situaciones de crisis en salud mental (formulación, implementación y evaluación de la estrategia terapéutica, programa de seguimiento, revisión del diagnóstico situacional); en el *Capítulo 4* se indica cómo debe realizarse la *Redacción del informe final* y los datos a incorporar en los registros; y, por último, se anexa información sobre las redes y sistema de salud mental en Córdoba, y modelo de consentimiento informado.

CAPITULOS



CONSIDERACIONES
GENERALES



PRIMERAS
MEDIDAS



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN



REDACCIÓN DEL
INFORME FINAL

Capítulo 1

CONSIDERACIONES GENERALES



CONSIDERACIONES
GENERALES



PRIMERAS
MEDIDAS



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN



REDACCIÓN DEL
INFORME FINAL

1. Introducción

El presente *Protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental* admite la complejidad involucrada en las cuestiones vinculadas con la psique humana y, por tanto, en el abordaje de los padecimientos mentales. Precisamente, desde allí adopta, como premisa demarcatoria de la senda a seguir en la materia, los estándares fijados en el plano internacional y nacional respecto de la protección de los derechos humanos.

En cuanto a la normativa territorial -armónica con postulados constitucionales-, este instrumento descansa fundamentalmente en los pilares instituidos por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (1) y por la respectiva Ley de Salud Mental de la provincia de Córdoba N° 9848(7); normativas que tienen por objeto garantizar el ejercicio del derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, a partir de su genuina concepción como un derecho humano que requiere promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Pero, también, para el que debe procurarse acceso a la atención en salud de toda la población a través de servicios adecuados, integrales y conducidos por expertos en la problemática, siempre en el marco de los servicios generales de salud.

Esta herramienta se traza desde una perspectiva que implica la concepción de la salud como un complejo determinado por múltiples factores (8). Por tanto, los diversos aspectos de la persona (componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, psicológicos, y ocupacionales) deben ser advertidos desde un tratamiento que sea integral e interdisciplinario, con base en la comunidad y respetuoso de los derechos humanos.

Debe resaltarse que la intervención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental resulta significativa para definir el progreso de las personas que acceden al servicio de atención en salud. En efecto, un abordaje adecuado de éstas que incluya prácticas de cuidado y de promoción de la salud, se constituye en una oportunidad para mejorar –en caso que así lo requiera– las condiciones de vida preexistentes.

Al resultar congruente la modalidad aquí presentada con el paradigma de salud mental emergente del modelo constitucional pro derechos humanos, se asume la presunción de capacidad de todas las personas y, junto con ello, el respeto de sus derechos ciudadanos como requisito para el desarrollo y sostenimiento de la atención en los servicios de salud mental (9).

Con esto, se inscribe en el *modelo comunitario de atención en salud mental*, afincado en la premisa de interacción entre redes formales (centros de salud, hospitales generales, centros de integración co-



munitaria y otras instituciones polivalentes) e informales (vecindario, grupo de pertenencia, organizaciones territoriales, entre otros); articulación apuntada a garantizar el acceso a la atención en el propio territorio (10). Es decir, se destaca la importancia de las redes de apoyo, en tanto que posibilitan la continuidad de cuidados y la articulación de recursos para la promoción de salud de las personas en el seno de la comunidad.

2. Objetivos

Objetivo general

Proveer a los equipos de salud herramientas operativas y recomendaciones para la atención de situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental.

Objetivos específicos

- ▶ Promover buenas prácticas (acordes a legislaciones y paradigmas vigentes en salud mental y derechos humanos) en el ámbito de la salud pública (de gestión pública o privada).
- ▶ Brindar material de consulta, acompañamiento, guía y orientación.
- ▶ Impulsar procedimientos administrativos que colaboren con el registro y seguimiento de los procesos de intervención en salud mental.
- ▶ Promover la sistematización de información obtenida en los casos particulares, a los efectos de precisar prácticas comunes y problemáticas reiteradas.
- ▶ Fortalecer el acceso a información clara, a través de la formulación de materiales para usuarios/as¹, familiares, referentes y la comunidad en general.

3. Derechos/Deberes orientativos

Las intervenciones que se desarrollen bajo esta modalidad deberán responder a las siguientes pautas cardinales, las que son explicitadas a continuación a modo de derechos/deberes y traducen en dichas líneas específicas, prerrogativas (derechos) de los sujetos por ellas alcanzados, al mismo tiempo que obligaciones (deberes) para su rea-

1 El término “usuario/a” se utiliza respetando el lenguaje empleado por las normativas actuales sin que ello suponga la asunción de específicos modelos de Estado. Con dicha terminología se designa a cualquier persona de la comunidad en general que por motivos de salud accede o solicita el servicio del equipo interdisciplinario de salud mental; considerándolo un ciudadano activo poseedor de derechos y con la capacidad de exigir su cumplimiento.



➤ lización. Por esta razón, se encuentran organizados de tal manera que todo derecho implica al mismo tiempo un deber y cada deber supone un derecho; ello explica su discriminación como derechos/deberes.

- **Deber/Derecho a ser oído como parte de la estrategia terapéutica:** a los efectos de recabar información deberá escucharse primordialmente a los usuarios/as que presenten la problemática de salud, así como también a los familiares y/o acompañantes que por razones de cercanía física o afinidad se encontrasen en condiciones de brindar información relevante al respecto. Resulta importante, en este caso, brindar una escucha que tome en cuenta la singularidad, procurando implementar las estrategias que así lo permitan.
- **Deber/Derecho de participación:** en cuanto a las estrategias a aplicar, deberá tomarse en consideración, eminentemente, la opinión de la persona que requiere la intervención, al igual que la de sus familiares, allegados, acompañantes o quienes formen parte del contexto afectivo más próximo (sistemas de apoyo para la toma de decisiones). Es importante dar prioridad a la palabra del usuario/a y reforzar lazos en caso que existiesen, más aún cuando así lo imponga su estado psico-emocional y fehacientemente se encuentren agotadas las vías para lograr la participación de este/a. También se encuentran abarcadas por este derecho, las sugerencias vertidas por el *Tercero Neutral Asignado* y el *Comité de Bioética Institucional* (ver capítulo 1.6).
- **Deber/Derecho a la integridad:** deberá priorizarse la integridad psíquica, física, material y social de usuarios/as y respetarse las decisiones que adopten, siempre que ello no coloque en cierto y serio riesgo su propia integridad y/o la de terceros.
- **Deber/Derecho de fidelidad:** el registro y seguimiento en la *historia clínica* (en adelante HC), e incorporación y *sistematización en el sistema digital de datos* (en adelante SDD), deben orientarse al fin primordial de registrar los hechos y documentar los casos fidedignamente, omitiendo cualquier juicio de valor.
- **Deber/Derecho de interdisciplinarietà:** las situaciones de crisis y/o urgencia siempre deben ser atendidas “entre varios”, es decir que el abordaje debe ser interdisciplinario y atendiendo al derecho de “... ser tratado con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (art. 7, inciso d, LNSM) (1).
- **Deber/Derecho de no discriminación:** se debe asistir a la persona en situación de crisis y/o urgencia (incluyendo aquellos que concurren por 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 (1). Es esto un reflejo, a su vez, del deber/derecho de inclusión.

- ▶ **Deber/Derecho de confidencialidad:** los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información. Esta solo 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 (11). 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 (12), procurando preservar siempre el Interés Superior del Niño (13) (14).
- ▶ **Deber/Derecho a ser informado:** se debe informar a los usuarios/as de manera clara y comprensible sobre los derechos que los/as asisten y de todo lo relacionado a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención. Este derecho aplica también a los familiares, representantes legales o referentes vinculares más próximos, cuando por motivos vinculados a su salud el usuario/a no pudiera acceder a dicha información (art. 7, inc. j, LNSM) (1).

4. Conceptos para el abordaje de situaciones de crisis y/o urgencia

A Continuación, se desarrollan algunas nociones teóricas que se deben considerar para intervenir en las situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental.

Crisis: del griego *krísis*, significa separar, decidir. Cuando hay crisis algo se rompe y es por eso que hay que hacer análisis (crítica) de las partes resultantes de la ruptura. La crisis nos obliga a pensar, produce análisis y reflexión (15).

En un sujeto que atraviesa una crisis es posible observar una intensa afectación emocional que se manifiesta ante una situación determinada. Se pueden describir estados de tensión, ineficacia e impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización. Pueden estar presentes síntomas físicos tales como cansancio, agotamiento, agitación, entre otros (16).

Al hablar de crisis hacemos referencia a estados de descompensación o desorganización emocional que tienen lugar en sujetos usuarios/as del sistema de salud mental previamente diagnosticados/as, o bien, en sujetos sin consulta previa en salud mental. Las crisis pueden constituirse en respuesta a acontecimientos objetivamente críticos



➤ (muerte de seres queridos, rupturas afectivas, fracasos académicos o laborales, accidentes, catástrofes naturales, entre otros), o a diversas circunstancias vitales subjetivamente significadas o percibidas como tales (casamientos, embarazos, cambios de trabajo, mudanzas, modificaciones en los roles, entre otros) (17).

Una característica diferencial de la crisis es su cualidad temporal, es decir, la ocurrencia en un momento determinado que implica un proceso. Asimismo, los estándares internacionales marcan el límite de 72 horas sin resolución de la urgencia para considerar que se está frente a un proceso de crisis (18) (19).

En relación a esto, una persona puede estar en situación de crisis sin que llegue a ser una urgencia; o atravesar una situación de urgencia prolongada puede constituirse en una situación de crisis.

Urgencia: es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual, y que supone un alto nivel de padecimiento; de tal manera que el sujeto, el entorno y/o el personal sanitario consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis en curso que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital (15).

La urgencia es un emergente del estado de malestar, se produce cuando el sujeto, la situación social o familiar ha llegado al límite y requiere resolver algo en el aquí y ahora. La urgencia “... es la urgencia de restitución de la salud mental...” (20)

No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad-cuidado, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario, y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia: la que podría tener lugar por no haber acudido o no encontrar respuesta de los servicios de salud (21).

La urgencia se resuelve en un plazo máximo de 72 horas (18) (19), durante las cuales el sujeto presenta síntomas exacerbados.

“Una clínica de la urgencia es la que se ocupa de hacer frente a las consecuencias de un momento significativo en la vida de una persona, situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia o agitación donde el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento” (22)

La urgencia se presenta como una ruptura aguda del equilibrio en el que se sostenía la vida del sujeto (en las relaciones con otros, con el propio cuerpo, el trabajo, con los lazos amorosos y familiares) y puede conducir a modalidades de respuesta que podrían poner en riesgo su vida o la de otros (20).

El comienzo de la intervención es a partir de un pedido del sujeto, requerimiento familiar o social. Sea cual fuere el modo en el que llega,



el equipo interdisciplinario debe estar dispuesto a escucharlo; y no es pertinente estandarizar la demanda, ni siquiera en la urgencia.

“Un síntoma que como emergencia termina definiendo una urgencia en salud mental, tiene paradójicamente un largo tiempo de acumulación de malestar” (20). Por tanto, la intervención implica detener el tiempo de lo que urge e irrumpe; demora para que este acontecimiento precipitado detenga su velocidad excesiva favoreciendo el encuentro entre el usuario/a, la familia y el profesional (20).

Según Zeferino (16), para intervenir es necesario tener en cuenta el concepto ampliado de urgencia, ya que esta puede ser percibida de manera diferenciada por los actores (familia, profesionales, institución). Por lo tanto, la estrategia terapéutica elegida debe contemplar los diversos modos de comprender la situación por parte de dichos actores. En aquellos espacios como hospitales generales, centros de salud, entre otros, es necesario socializar las particularidades de cada situación para facilitar la comprensión del resto de profesionales y personal de salud. Esto permitirá, entre otras cosas, evitar el estigma que, por desconocimiento, pueden desencadenar estas situaciones (16).

El cuidado en situaciones de crisis y/o urgencia: el cuidado, en sentido amplio, forma parte del proceso salud-enfermedad, lo que implica desplazar el eje de la enfermedad al sujeto, cuestionando las prácticas centradas en las patologías individuales. En este sentido, el proceso salud-enfermedad-cuidado hace referencia también a las acciones y prácticas propias de los sujetos y comunidades, comprendiendo que las acciones en salud suceden en gran parte en la vida cotidiana, lo que conlleva promover relaciones horizontales y participativas. De esta manera, se debe enfocar en la complejidad de dicho proceso, a partir de una política de integralidad de derechos en la que se fundamentan sistemas de acceso universal. Es por ello que las prácticas en salud deben extenderse hacia otros sectores, saberes y actores, como así también hacia otras situaciones vitales que no son necesariamente la enfermedad (23)

El cuidado, en términos más específicos, es un acontecimiento entre dos o más personas. Es una relación que transforma las subjetividades en donde el otro está implicado (20), reconociendo su experiencia y perspectiva subjetiva con respecto a su propio proceso salud-enfermedad-cuidado (23).

Es la expresión de un encuentro que implica despertar, estimular, re-crear y liberar dialécticamente la esencia vital para constituir mutuamente a las personas como actores sociales. Este no empieza con la técnica, comienza en el encuentro en donde el otro deviene en persona, donde un síntoma es la posibilidad de escuchar el malestar y el sufrimiento (20).



➤ El cuidado es también una instancia productora de subjetividad, vida y salud. Se debe enfocar la intervención estructurando la tarea en la confianza sobre las potencialidades de recuperación de la persona, fortaleciendo las capacidades subjetivas en un ambiente en el cual el usuario/a se sienta respetado, apoyado, cuidado y alojado (20).

Estrategia terapéutica: las estrategias terapéuticas desplegadas por el equipo interdisciplinario deberán ser evaluadas permanentemente y modificadas según la marcha del proceso, requiriendo de la participación del equipo de salud, de los referentes vinculares más próximos y de la persona cuando su situación lo permita, entendiendo que toda estrategia terapéutica debe brindar algún nivel de autonomía (2).

Abordaje interdisciplinario: consiste en el abordaje de una situación específica por parte de profesionales de diferentes disciplinas que confluyen para aportar sus visiones, donde se intersectan estas sin producirse yuxtaposición. Vale decir, sus conclusiones se funden en una sola, lo que requiere un nivel de diálogo, discusión y apertura entre los profesionales para que dicha parte del trabajo se integre (24). Para el abordaje en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental, conforme a lo explicitado en el artículo 8 de la LNSM (1), el equipo interdisciplinario debe estar conformado por psicólogo, médico clínico, psiquiatría, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional y profesionales de otras disciplinas o campos pertinentes que puedan aportar al proceso de atención y reinserción del usuario/a a su vida comunitaria. En los momentos de crisis y/o de urgencia se requieren intervenciones claras, rápidas y decididas; por lo tanto, el equipo interdisciplinario deberá organizarse de manera tal que la intervención pueda darse de manera fluida y atendiendo a las prioridades de la situación.

Red de atención en salud: se refiere al conjunto de recursos profesionales e institucionales, efectores que se articulan entre sí y con otros sectores para hacer más eficaz, eficiente y efectiva su intervención. El proceso de atención debe realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario y solo excepcionalmente en este, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basados en principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (art. 9) (1). Las autoridades de cada jurisdicción deben generar coordinación con las áreas de salud, educación, desarrollo social, trabajo, cultura y otras que correspondan, implementando acciones de inclusión social, laboral y de atención de salud mental comunitaria.

A su vez, deben promover el desarrollo de dispositivos tales como



servicios para la inclusión social y laboral de los usuarios/as luego del alta institucional, atención domiciliaria, apoyo a la personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental; y otras prestaciones como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas; entre otros (art.11) (1) (ver anexo 5).



Redes de apoyo: hace referencia al conjunto de lazos familiares, de amistad, solidaridad, trabajo y de servicios de salud desde una perspectiva de continuidad de cuidados y articulación de recursos para la promoción de salud de los usuarios/as en el seno de la comunidad. Por tanto, hablamos de prácticas comunitarias que parten del reconocimiento de que es en la comunidad donde se producen los distintos hechos que llevan al crecimiento de los sujetos, donde se generan las dificultades y donde se producen las situaciones necesarias para hacerles frente. Estas redes de apoyo son abordadas por los equipos interdisciplinarios territoriales (21).

La vulnerabilidad está también estrechamente ligada a las redes vinculares. En este sentido, Zukerfeld (25) plantea la importancia de la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de apoyo y/o de estrés de magnitudes variables. En los momentos de crisis y/o urgencia es importante indagar e identificar cómo la persona nombra a su familia y/o referentes, de modo tal que a partir de esa referencia el equipo evalúe a ese grupo familiar y/o vincular como continente, vulnerable, de riesgo, otros. Estas primeras observaciones pueden constituirse en una brújula para intervenciones posteriores.

Aquí es necesario trazar en el objetivo terapéutico la construcción de un andamio y redes de apoyo. En este marco es significativo considerar las condiciones de vida de la persona, atender tanto a las condiciones adversas como a los recursos con que cuentan las personas y comunidades para afrontar estas situaciones, reconociendo a los sujetos y grupos como actores que implementan estrategias para afrontar las condiciones del entorno (ver anexo 5).



5. Dimensiones éticas y jurídicas para el abordaje de crisis y/o urgencias

Consentimiento informado (CI): Proceso por el cual el equipo interdisciplinario deberá brindar información a la persona en términos claros y sencillos (comprensible) acerca de su estado de salud, los tratamientos que se propongan, sus efectos y resultados, así como otras



➤ alternativas terapéuticas y las posibles consecuencias de no tratarse (13) (1). Corresponde también informarle al usuario/a que puede no aceptar el proceso de intervención que se le ofrece.

La base del proceso del CI es la toma de una decisión por parte de los usuarios/as que se encuentran en situación de crisis y/o urgencia. Para que este proceso se realice respetando la autonomía de la persona, la decisión debe ser voluntaria e informada. Por esto, será imprescindible proporcionar información veraz, accesible (adecuada a las posibilidades de comprensión del sujeto) de forma continua, suficiente, verbal y escrita. Al mismo tiempo, brindar apoyo a los familiares y allegados (referentes vinculares) o representantes legales para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad.

En caso de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) estará sujeto a los mismos requisitos que se aplican para el consentimiento en adultos (1), procurando preservar siempre el Interés Superior del Niño (13) (14).

Excepciones: se podrá aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado de la persona en caso de riesgo cierto e inminente (1). No obstante, se hará todo lo posible por informar a esta y/o referentes vinculares a fin de que comprendan las acciones a realizar y que participen prontamente en la aplicación del plan de tratamiento, teniendo oportunidad de exponer sus opiniones para que estas sean tomadas en consideración (ver capítulo 2.4 y anexo 6).

Riesgo cierto e inminente: conforme lo explicita el Decreto Reglamentario 603/13 (1), se entiende por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de tercero. Se especifica que ello "... deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica" (1); y se puntualiza, seguidamente, que no quedan incluidos en tal conceptualización "... los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental" (art. 20 Reg.) (1). En igual sentido, los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* (9), puntualizan que la admisión involuntaria de una persona en un establecimiento psiquiátrico, solo podrá ser admitida cuando existiese un "... riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros" (principio 16 "a").

Con esto, y articulando ambos instrumentos normativos (que, aunque de distinto rango y naturaleza, no son antagónicos), pueden considerarse particularmente los aportes del Centro de Estudios Legales y



Sociales (CELS) cuando en el documento publicado en el año 2013 (26) refirió que, en la práctica, este aspecto implica la necesidad de establecer la intensidad del riesgo en una gradación de mayor a menor. La gravedad de la situación debe ser evaluada considerando los diversos factores interrelacionados que determinan el estado actual de la salud de la persona. Explicita que "... la evaluación pericial de estos factores requiere de indagaciones exhaustivas de carácter netamente médico, otras de corte psíquico, además de las cuestiones vinculadas (pareja, familia, amigos, compañeros, vecinos, etc.) e, incluso, de acceso a servicios de asistencia, entre otros" (26). A partir de esta evaluación, es posible mensurar la gravedad del riesgo e identificar alternativas para disminuirlo. Estas consideraciones permiten incluir en la evaluación del riesgo aspectos que exceden la presencia o no de patología, y su intrínseca gravedad, en la persona (26).

Instrucciones anticipadas: toda persona mayor de edad capaz, o con capacidad restringida -siempre que dicha limitación no impacte al respecto (27), puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, terapéuticos, preventivos o paliativos, y cualquier decisión relativa a dicha salud. En los supuestos de NNA se tendrá en cuenta el principio de la capacidad progresiva a fin de priorizar, acorde las pautas emergentes de este, las deliberaciones adoptadas por el NNA al respecto (27).

Se considerarán las directivas previamente asentadas por la persona, en cuanto a determinados abordajes a aplicarse en caso de urgencia, las cuales deberán ser respetadas (siempre que no supongan, indiscutiblemente, riesgo cierto o inminente de daño) cuando ocurrida la situación la persona no sea capaz de rectificarlas.

La persona podrá designar un interlocutor/a para que llegado el momento procure el cumplimiento de sus instrucciones. A tales efectos se entenderá a dicho interlocutor como un apoyo necesario (27).

Bajo las previsiones especificadas hasta aquí, las directivas deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario al que le corresponda abordar la situación, respetando la manifestación de voluntad autónoma de la persona.

Además, de no encontrarse habilitada ninguna directiva que suponga riesgo de daño grave cierto e inminente para la persona y/o terceros (1) (27), las instrucciones anticipadas deberán ajustarse también a las prohibiciones impuestas por la Ley Provincial N° 10.058 (28).

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o autoridad judicial, y, bajo las mismas exigencias, podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó (2).

Las directivas deberán ser agregadas a la HC y al Sistema Digital de Datos (SDD).



➤ **Medidas de protección integral de niños, niñas y adolescentes:** en caso de situación de vulneración o auto vulneración (comportamiento auto lesivo) de derechos, se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del NNA que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral (13) (14) (1). Recordar que, en la institucionalización, en el sentido más amplio (judicial, psiquiátrica, etc.), esta ha de operar, como debe suceder con todos los sujetos, como último recurso; pero además, para estos casos, en el marco de las previsiones que exige el modelo de la protección integral, artículo 26 (1).

Comités de Bioética: surgen con el fin de instrumentar el modelo de la Bioética (asociada a una metodología de análisis de problemas clínicos asistenciales o de investigación, basados en el diálogo interdisciplinario, abierto, sistemático y éticamente pluralizado). Los comités de ética institucionales u hospitalarios resuelven conflictos éticos de la asistencia hospitalaria y elaboran protocolos asistenciales en caso de ser necesaria una política institucional, por la dificultad o frecuencia del problema. Asumen también la formación del personal de la institución en aspectos bioéticos o pertinentes al tema de competencia del comité (13).

Órgano de Revisión Local (ORL): es un organismo institucional autónomo y autárquico, por tal razón posee suficiente independencia de los otros tres poderes del Estado para garantizar el acabado control respecto al cumplimiento e implementación de la Ley de Salud Mental local. Es la vía institucional adecuada para el acompañamiento, capacitación, evaluación, monitoreo y control de las prácticas en el campo de la salud mental entendida como la salud pública. El ámbito de intervención del Órgano de Revisión Local debe comprender todo abordaje que, por motivos de salud mental, sea efectuado en el territorio local. A tales efectos quedarían incluidos todos los servicios y establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su forma jurídica (4).

La Ley Nacional de Salud Mental (1) en sus art. 38, 39, y 40 establece la creación del Órgano de Revisión Nacional (ORN), cuyo objetivo es proteger los derechos humanos de los usuarios/as en los servicios de salud mental. Entre las funciones que se le asignan, se incluye la de promover la creación de Órganos de Revisión Locales en cada una de las provincias. Atendiendo a esto, y hasta que la provincia de Córdoba cree su ORL, rige por Ley el ORN en todo el territorio, siendo este mecanismo quien debe intervenir a los fines de garantizar la efectiva implementación de la LNSM (1).

6. Sistema de acompañamiento, capacitación y monitoreo (Tercero Neutral Asignado y Red de Bioética)

En el marco de este protocolo se propone poner en funcionamiento un sistema de acompañamiento, capacitación, evaluación y monitoreo con el fin de acompañar a los equipos interdisciplinarios intervinientes(24) en situaciones de crisis y/o urgencia, a través de la figura de un *Tercero Neutral Asignado* en interacción con la *Red de Bioética* existente en la provincia. A estos actores se les asignaría la misión de brindar herramientas para la efectiva implementación del presente protocolo.

Tanto la figura del *Tercero Neutral* que se propone, como su vinculación con la *Red de Bioética*, no suponen el desconocimiento de las funciones y responsabilidades del Estado como garante de derechos.

Tercero Neutral Asignado

Se parte de la idea de que en supuestos como los aquí tratados existe una verdadera interrupción de derechos y no una suspensión de estos. Es decir que, aun cuando el sujeto pueda restablecerse y retornar al estado previo, la situación de neutralización de sus derechos vivenciada durante intervenciones de este tipo implica una pérdida *in situ*, esto es, derechos que ya no pueden recuperarse; por ello, apelando a significantes jurídicos, se produce una interrupción. Siendo así, se impone un concreto reforzamiento y especial cuidado en la aplicación de las estrategias terapéuticas que resulten más invasivas y que supongan señalada interrupción.

Se entiende como *Tercero Neutral Asignado* a la persona responsable de efectivizar el acompañamiento, capacitación, evaluación y monitoreo en las intervenciones por situaciones de crisis y/o urgencia desarrolladas por los equipos interdisciplinarios. Tiene la función de garantizar la autonomía y el efectivo despliegue de los mecanismos de exigibilidad, siendo prioridad resguardar a los usuarios/as que en este tipo de intervenciones ven interrumpidos sus derechos.

Este *Tercero Neutral* se prevé que dependa del ORL y debe trabajar articuladamente con los *Comités de Bioética* de las instituciones (si la institución no lo tiene, deberá crearse o reactivarse). En el caso de que aún no esté conformado el ORL, quién estaría a cargo del seguimiento, evaluación, capacitación, monitoreo y centralización del SDD, hasta que dicho órgano se conforme, sería la *Red de Bioética* de la provincia.

El acompañamiento, evaluación y monitoreo de los representantes del ORL podrían realizarse a través de un protocolo de procedimiento



➤ estándar, a definir por dicho Órgano, que incluya: acompañamiento, evaluación y monitoreo telefónicos y/o presenciales de las situaciones excepcionales ocurridas; seguimiento digital de los procedimientos a través del SDD centralizada por el ORL; e interacción permanente con los Comités de Bioética.

Se considera pertinente resaltar la figura del *Tercero Neutral Asignado* como una persona que evalúa y monitorea; pero, sobre todo, acompaña en el proceso de transformación de las prácticas. Persona que debe garantizar el cumplimiento del protocolo; pero, a su vez, el referente al cual los equipos de salud y comités podrán recurrir en situaciones donde se necesite asesoramiento en todo asunto relacionado a este. Por su parte, la *Red de Bioética* tendría la función de instalar la temática en las instituciones, acompañar y capacitar a los profesionales y trabajar también de manera articulada con los asignados por el ORL.

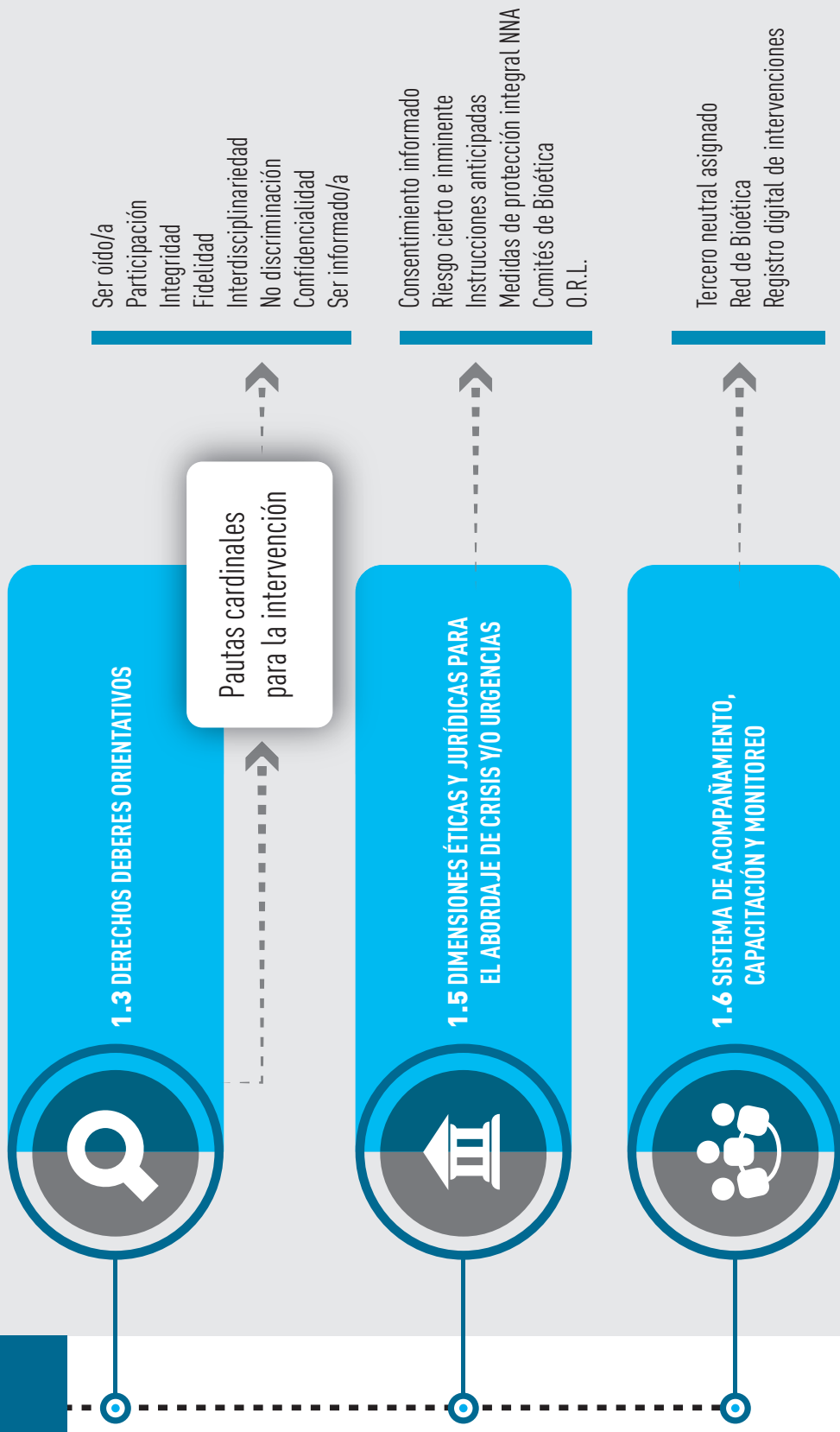
Registro digital de las intervenciones en situaciones de crisis y/o urgencia

Después de haber finalizado con la intervención, el equipo de salud debería realizar el registro de esta en el SDD. Este es un sistema de evolución paralelo al realizado en el documento fuente (HC), lo que posibilita entrecruzar datos y hacer un acompañamiento on-line de los procedimientos. Este registro tiene que ser llenado por los profesionales intervinientes y sería revisado por los *Terceros Neutrales Asignados* que, a su vez, tendrían la función de asesorar, capacitar y acompañar a los profesionales y comités en el manejo de dicho sistema. El diseño e implementación de este registro estaría a cargo del ORL (ver capítulo 4).





CONSIDERACIONES GENERALES



Capítulo 2

PRIMERAS MEDIDAS



CONSIDERACIONES
GENERALES



PRIMERAS
MEDIDAS



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN



REDACCIÓN DEL
INFORME FINAL

Las consultas en salud mental suelen ser postergadas, dejando muchas veces que las expresiones de malestar subjetivo y emocional sean interpeladas cuando encontraron un momento culmine, generalmente por el estigma que acompaña solicitar intervención por un padecimiento subjetivo, por la dificultad en la accesibilidad o bien por la dificultad en la disponibilidad misma de servicios.

Toda crisis y urgencia tiene sus particularidades, por lo tanto, una intervención nunca será igual a otra intervención; podrán compartir algunas expresiones en común pero los factores desencadenantes son siempre diversos.

Cómo se resuelve cada situación de crisis o de urgencia, y las medidas adoptadas posteriormente (de rehabilitación, inserción social, utilización de redes), facilitarán el desarrollo del proceso terapéutico, siendo preciso considerar en este la promoción y prevención en salud. El primer momento desarrollado a continuación, implica hacer una lectura de lo que está pasando y de las coordenadas lógicas de la situación (20). *El resultado obtenido aquí permitirá definir el itinerario de intervención posterior, según se trate de una situación de crisis o de urgencia* (Capítulo 3).

Las primeras medidas aquí detalladas suponen: el comienzo de la intervención del equipo interdisciplinario a partir de una demanda; las consideraciones iniciales de cuidado; el despliegue del proceso de evaluación integral de la persona y de la situación; y el proceso de tomar el consentimiento informado. Estas se aplican desde el primer encuentro con el usuario/a y se deben revisar durante todo el proceso terapéutico.

1. Comienzo de la intervención: información preliminar

La intervención da comienzo a través de la demanda de un usuario/a en situación de crisis o urgencia, su familiar y/o acompañante o, en su caso, la autoridad judicial. Esta búsqueda inicial de intervención terapéutica implica que el equipo tome conocimiento de la singularidad de la persona que consulta, como así también el contexto donde esta situación encontró su expresión.

En principio, se debe reconocer en el usuario/a en situación de crisis o urgencia a una persona que sufre. El equipo de salud debe permitir ser atravesado por los datos del campo sin normativizar la demanda y sin precipitar un diagnóstico que defina anticipadamente el proceder clínico, condicionando el resto de la estrategia (20).



PRIMERAS
MEDIDAS





El hecho puede ser anoticiado al equipo interdisciplinario a través de una vía formal o informal. En ambos casos, la información proporcionada puede ser insuficiente para la adecuación, al menos *prima facie*, en alguna de las categorías de intervención (crisis o urgencia).

La información que se debe recabar para la elaboración del informe preliminar será recabada conforme a la *ficha de información mínima* elaborada a tal fin, principalmente la información que pudiera brindar el usuario/a, familiares y/o acompañantes (ver anexo 1).

Datos que deberían obtenerse y registrarse en esta primera aproximación:

- ▶ fecha y lugar en donde se desarrolla la intervención y vía mediante la cual el equipo interdisciplinario se anotició;
- ▶ nombre/s, domicilio laboral y profesión/es de los integrantes del equipo interdisciplinario que recibe la demanda;
- ▶ nombre, género, edad, nacionalidad, DNI, domicilio, teléfono del usuario/a, y sucinta descripción de su relato sobre las circunstancias en que se desencadenó el acontecimiento;
- ▶ nombre, teléfono y domicilio de familiares cercanos, referentes vinculares o personas acompañantes del usuario/a;
- ▶ deberán constar, también, la valoración inicial que pudiera realizar el equipo de salud sobre la familia, acompañantes o referentes vinculares: continente (con posibilidades de acuerdos en las estrategias terapéuticas); vulnerable (lazos lábiles a nivel relacional, laboral, desafiliación, acuerdos: estarán atravesados por las contingencias cotidianas); o de riesgo (ruptura del lazo familiar, omisión de la situación: no es posible realizar acuerdos);
- ▶ posibilidades de redes de apoyo, otros equipos y servicios de salud mental, y otras observaciones que el equipo de salud considere pertinente mencionar.

La forma mediante la cual el hecho llegó a conocimiento del equipo interdisciplinario y los datos preliminares obtenidos deberá documentarse en la HC, para luego ser también incorporada en el SDD (ver capítulo 4).



2. Consideraciones iniciales de cuidado

Representan las pautas que guían la estrategia básica que debe acompañar todo el proceso de intervención (2) y se relacionan con los derechos/deberes orientativos establecidos con anterioridad, los cuales son transversales a las consideraciones iniciales de cuidados aquí establecidas:



- las intervenciones en situaciones de crisis y/o urgencia deben ser abordadas por un equipo interdisciplinario (1), se debe garantizar la complementariedad y articulación de conocimientos y estrategias que propendan a hallar soluciones conjuntas a las dificultades que podrían presentarse en este tipo de intervención. Se debe brindar atención integrando los aportes que cada disciplina ofrece al momento de intervenir en crisis y urgencias (2);
- garantizar el acompañamiento de, al menos, un integrante del equipo de salud, hasta que se incorporen los demás miembros del equipo interdisciplinario;
- evitar el desarrollo de acciones de forma aislada, dispersa o segmentada, por parte de los integrantes del equipo interdisciplinario;
- brindar atención digna, receptiva y humanitaria;
- asistir al sujeto en situación de crisis o urgencia, sin ningún tipo de menoscabo o discriminación, atendiendo a sus particularidades durante todo el proceso de intervención (2);
- atender la situación de crisis o urgencia oportunamente, para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona;
- garantizar condiciones de cuidado;
- disponer –y darse– el tiempo necesario para la atención (20);
- acompañar y sostener/prestar apoyo, durante el despliegue de malestar del usuario/a, familia o acompañantes;
- generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes;
- habilitar siempre un espacio para la escucha (20);
- asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, condiciones de vida, cultura e idioma (29);
- disponer de un ambiente de privacidad;
- si el riesgo de agresividad es elevado, el encuentro podrá ser realizado con la puerta abierta, excepcionalmente con colaboración de otras personas (acompañantes y/o familia). No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (bisturí, elementos corto-punzantes, medicamentos, etc.) y prestar atención a que no tenga consigo dichos elementos;
- atender la reacción al miedo (esta es una variable frecuente, si se tiene en cuenta será más sencillo comprender las reacciones e intervenir en consecuencia transmitiendo serenidad):

Miedo de la persona en situación de crisis o urgencia y/o de los referentes vinculares (el miedo puede llevar a defenderse generando, eventualmente, una conducta de retraimiento, rechazo, violencia, fuga);



PRIMERAS
MEDIDAS





Miedo del propio equipo de salud (ante las expresiones del usuario/a o por prejuicios y/o desconocimiento). Tener el recaudo de no asignar significados equivocados a las manifestaciones del sujeto, estas pueden ser un aspecto importante de la sintomatología a trabajar (20).

- ▶ tener en cuenta que la privación sensorial (falta excesiva de estímulos sonoros, la privación de luz natural y artificial, olfato y tacto) pueden ser desencadenantes de crisis y/o urgencias o agudizar las expresiones: por eso es necesario regular los estímulos ambientales, los cuales no deben faltar ni ser excesivos;
- ▶ 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 (2);
- ▶ 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 art. 18 (1);
- ▶ si la persona es traída por organismos de seguridad, se debe solicitar información al personal de seguridad con el fin de aportar datos referentes a las condiciones en la que se encontró a la persona², sin ser necesaria su presencia en el espacio donde se realice la consulta o entrevista con la persona;
- ▶ los agentes profesionales del equipo deben conocer e identificar dispositivos institucionales para que al momento de recepción de una persona en crisis o urgencia puedan derivar de forma oportuna, adecuada y necesaria (ver anexo 5);
- ▶ tomar en consideración la opinión del usuario/a con respecto al tipo de intervención que se está desarrollando o se desarrollará. Procurar la autonomía y la participación activa en la toma de decisiones del sujeto a lo largo del proceso de intervención, respetando sus derechos en su relación con los profesionales e instituciones de salud;
- ▶ solo cuando el usuario/a no pueda opinar sobre la intervención –porque su estado psico-emocional no lo permite– y fehacientemente se encuentren agotadas las vías para lograr la participación de este/a, de sus familiares y/o acompañantes, podrá decidir de qué manera proceder –sin obtener dicha participación– el equipo interdisciplinario. Esta situación excepcional finaliza con el restablecimiento de su capacidad de decisión, entendiéndose por esta:

2 En el caso de tratarse de víctimas de violaciones de derechos humanos (aun cuando esto haya sido así definido por el sujeto, independientemente del resultado jurídico), hayan sido estas perpetradas durante el terrorismo de Estado o se trate de excesos del personal de seguridad durante la democracia, se sugiere evitar el acompañamiento de la persona por dicho personal.



- la posibilidad, acorde a sus características individuales, de opinar y deliberar al respecto, teniendo en cuenta las instrucciones anticipadas en caso de estar asentadas;
- ▶ asegurar la lectura y comprensión de CI por parte del usuario/a y/o acompañantes. Generar originales por duplicado del CI firmado, uno para el equipo de salud y otro para el usuario/a (ver capítulo 2.4 y anexo 6);
 - ▶ ante la ausencia de recursos humanos y materiales necesarios para el proceso de intervención, notificar a los encargados institucionales de proporcionarlos, al Tercero Neutral Asignado y al respectivo Comité de Bioética.

3. Evaluación integral de la persona y de la situación

En esta instancia se debe tener en cuenta si es la primera vez que la persona consulta por problemas de salud mental o tuvo consultas anteriores, ya que esto es indicador para referirse a tratamientos previos. Se debe sostener la intervención interdisciplinaria a lo largo de todo el proceso. Tanto en las situaciones de crisis como en las de urgencia es necesario atravesar todos los pasos indicados para la evaluación integral, ya que en función de los resultados obtenidos por el equipo se decidirá cuáles serán los itinerarios de intervención específicos según el caso particular (capítulo 3).

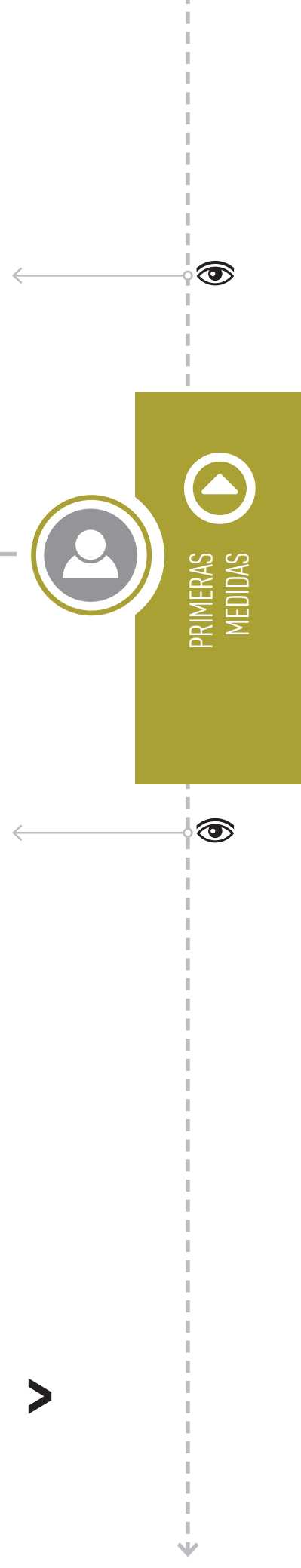
La entrevista inicial es un momento clave que facilita que el proceso de intervención sea favorable, permite recoger información diversa sobre la situación de la persona. El entrevistador debe tener en cuenta el tipo de comunicación del usuario/a y adecuar su lenguaje (tanto en el contenido como en la forma de expresarse). Cada profesional tiene su estilo particular para el desarrollo de la entrevista, es importante no pasar por alto informar la finalidad de esta y el contenido.

En la evaluación inicial del estado general de la persona se deben identificar todas las manifestaciones físicas-psíquicas-emocionales que manifiesta la persona que consulta. Solicitar estudios complementarios si fuesen necesarios para garantizar un cuidado integral.

El diagnóstico diferencial se debe efectuar para identificar si se trata de patología orgánica, psíquica, intoxicaciones, entre otros. En caso de sintomatología médica concomitante, efectuar interconsulta/intervención correspondiente.

Componentes de la evaluación integral

Para realizar una evaluación integral de la persona y de la situación durante el proceso de la *entrevista inicial*, *evaluación inicial del estado*





- *general y el diagnóstico diferencial* tener en cuenta los contenidos mínimos que deben estar presentes en la valoración. La consideración de los componentes que se enumeran a continuación, posibilitará que la planificación de la estrategia terapéutica posterior sea la más adecuada para la persona.

Aspecto general y presentación de la persona (2):

- cómo llega el usuario/a; con quién llega;
- condiciones generales de acuerdo a su ámbito socio-cultural;
- información preliminar recabada (ver anexo 1).

Examen físico general (2):

- signos vitales (controlar con frecuencia);
- electrocardiograma (ECG);
- laboratorio;
- embarazo;
- signos de maltrato/abuso sexual;
- 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) (2):

- estado de conciencia: despierto/dormido, lúcido/obnubilado;
- grado de orientación global: ubicación témporo-espacial;
- estado cognitivo global: atención, concentración y memoria;
- 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, debilitado, suspendido;
- alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas;
- afectividad: humor expansivo, humor deprimido, indiferencia afectiva, labilidad;
- sueño: insomnio o hipersomnias;
- actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperorexia.

Desempeño funcional actual de la persona:

- actividad motora: inquietud, desasosiego, hiperactividad, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía, coordinación motora gruesa, lateralidad, praxias, integración viso-motora, cruzar la línea media;
- componentes neuromusculares: reflejo, amplitud de los movimien-

tos, control postural, alineación postural, tono muscular.

Áreas ocupacionales en las que se desempeña de manera independiente:

- ▶ actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, comer, higiene y arreglo personal, actividad sexual, descanso y sueño, etc.;
- ▶ actividades instrumentales de vida diaria (AIVD): cuidado de los otros, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, uso de transporte, etc.;
- ▶ actividades avanzadas de vida diaria (AAVD): educación, trabajo, juego, ocio/tiempo libre, participación social.

Áreas ocupacionales en las cuales necesitó/a asistencia al momento de la crisis o urgencia: AVD

Roles ocupacionales a la situación de crisis o urgencia: trabajo, actividades productivas, estudiante, cuidador/a, madre/padre, deportista, amigo/a, artista, etc.

Desencadenantes de la crisis o urgencia: durante todo el proceso terapéutico se debe tener en cuenta el factor que desencadenó la crisis o urgencia actual, trabajar con estrategias que comprendan los aspectos integrales de la persona: familia-comunidad-trabajo, para evitar el aislamiento de quien consulta. Indagar sobre el contexto en el que ocurren, cambios en las costumbres, 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 factores de protección y de riesgo para abordar con la familia, como acción de promoción y prevención de la salud.

Condiciones de vida: tener en cuenta vínculos existentes, empleo, vivienda, situación económica, entre otros; considerando factores protectores y de riesgo.

Manifestaciones más comunes en situaciones de crisis y/o urgencia: en las situaciones de crisis o urgencia no es imprescindible hacer un preciso diagnóstico psicopatológico. Es importante realizar una valoración clínica global que permita actuar con eficacia y prudencia



PRIMERAS
MEDIDAS



➤ atendiendo a las particularidades de la persona y de la situación. Por lo tanto, las descripciones y lineamientos efectuados en el anexo 2 (2), deben ser tomadas como pautas orientativas, con todo el cuidado que ello supone, y sin olvidar el marco conceptual en el que se afinsa este protocolo (ver anexo 2).



Cada miembro del equipo interdisciplinario debe informar al resto del equipo y registrar en la HC y en el SDD las estrategias utilizadas para la valoración (ver capítulo 4).



4. Proceso de consentimiento informado (CI)

El consentimiento informado (30) es un proceso continuo que comienza luego de haber tomado las *primeras medidas* explicitadas (capítulo 2) y antes de que se lleve a cabo cualquier procedimiento relacionado a las *estrategias terapéuticas inmediatas* (capítulo 3). Este proceso termina después de que la persona sale de la situación de crisis o urgencia en la que se encuentra, momento en el que también se le deberá informar sobre el posterior plan de abordaje. Es decir que, una vez concluida la situación de crisis o urgencia, se producirá entonces la caducidad del CI y será preciso obtener un nuevo consentimiento (cualificado y reiterado) acorde a dichas decisiones, atendiendo al proceso de la toma del CI, tal como se indica en este tipo de intervención (ver anexo 6).



La obtención *de la firma* del documento del CI es importante, pero solo es un escalón. Es fundamental tener en cuenta esto para una adecuada conducción del proceso. Mientras que el usuario/a está siendo asistido por el equipo interdisciplinario se le debe notificar toda nueva información relacionada con la intervención que se está desarrollando y que pudiese modificar su voluntad dada con anterioridad, actualizando también la información ya dada, aun cuando nada nuevo aparezca. El proceso, en sí mismo, debe aportar al establecimiento del vínculo entre la persona y el equipo interdisciplinario; para esto se deben tomar las precauciones y consideraciones aquí expuestas, lo cual supone un espacio de contención en la situación de crisis o urgencia.

El proceso de CI consiste en:

- intercambio dinámico y continuo de información entre los miembros del equipo interdisciplinario y la persona que accede a la intervención por situación de crisis y/o urgencia;
- los profesionales del equipo interdisciplinario deben asegurarse de que el usuario/a comprenda la naturaleza, riesgos y beneficios de la intervención que se llevará a cabo, y sus derechos como usuario/a; ya que deben tomar una decisión informada;

- ▶ este proceso dista mucho de ser una sesión informativa de un minuto en la que se lee y firma un documento. Por lo tanto, deberá incluir tiempo para la discusión, reflexión, comprensión y obtención de respuestas a todas las preguntas que pudiesen surgir por parte del usuario/a;
- ▶ es importante que el profesional que conduce el proceso ceda el tiempo correspondiente para esta actividad;
- ▶ la buena práctica clínica exige tener un plan para dar este tipo de información, que debe tener en cuenta *quién debe informar, qué se debe decir y cómo se debe decir*;
- ▶ para poder informar, el integrante del equipo interdisciplinario que conduce el proceso deberá conocer *todos los detalles del protocolo, del proceso del CI, de los derechos del usuario/a y de sus responsabilidades como integrante del equipo interdisciplinario*;
- ▶ el/la integrante del equipo interdisciplinario que conduce el proceso debe ser idóneo y debe estar *capacitado/entrenado para comunicar la información y responder* a todas las preguntas que puedan hacerle en lenguaje simple y comprensible;
- ▶ la persona que conduce el CI debe estimular *al usuario/a para que lea* las hojas informativas, el formulario del CI con detenimiento y para que *discuta esa información* con sus familiares o la persona más próxima en ese momento, antes de dar su consentimiento por escrito; también debe *estimular a usuario/a y familiares hagan las preguntas que crean necesarias* para no quedarse con dudas, y a que continúen haciendo preguntas *sobre todo el proceso de intervención* del equipo interdisciplinario;
- ▶ *en el caso de que el usuario/a no pueda leer*, el profesional a cargo debe incentivar a que el referente vincular más próximo en ese momento se lo lea. *Si el usuario/a está solo* se solicitará la presencia de un testigo imparcial que le lea el CI y toda la información escrita que le ha sido dada por el profesional que conduce el proceso;
- ▶ luego de informar al usuario/a sobre el contenido del CI, que él y/o su acompañante lo hayan leído y que hayan hecho las preguntas que necesitaban, *la persona que conduce el CI debería hacer preguntas cortas* para asegurarse de que realmente lo ha comprendido, por ejemplo: *¿puede decirme con sus palabras de qué se trata la intervención que llevará adelante el equipo de salud?, ¿puede decirme qué piensa que le pasará?, ¿qué es lo que espera usted de la intervención que va a realizar el equipo de salud?, ¿conoce cuáles son las opciones o alternativas?, ¿conoce cuáles son los beneficios?*;
- ▶ luego de que el usuario/a y/o sus familiares han recibido toda la información y ha manifestado comprenderla, y antes de realizar cualquiera de los procedimientos de intervención mencionados en



PRIMERAS
MEDIDAS





el protocolo, se procederá a la *firma del documento del CI propiamente dicho por duplicado*. Una copia deberá ser guardada por el responsable del procedimiento en la HC y la otra copia, que debe ser idéntica, se le entregará al usuario/a luego de que haya completado, firmado (aclarando su firma) y fechado en el casillero donde se menciona que recibió una copia.



Este *proceso se debe registrar* en el documento fuente (HC) y en el SDD (ver capítulo 4).

La persistencia de errores en la conducción y registro del proceso de CI indican la necesidad de un entrenamiento a los fines de evitar problemas derivados de malentendidos.



PRIMERAS MEDIDAS

2.1 COMIENZO DE INTERVENCIÓN: INFORMACIÓN PRELIMINAR



Datos que deberían obtenerse y registrarse en esta primera aproximación

Pautas que guían la estrategia básica de intervención. Deben acompañar todo el proceso. Se relacionan con los Derechos/Deberes orientativos (Cap. 1)

2.2 CONSIDERACIONES INICIALES DE CUIDADO



Componentes de la evaluación integral

- Aspecto general y presentación.
- Examen físico general.
- Estado psíquico global.
- Desempeño funcional actual.
- Áreas ocupacionales en las que se desempeña de manera independiente.
- Áreas ocupacionales en las cuales necesitó/a asistencia al momento de la crisis y/o urgencia.
- Roles ocupacionales previos a la situación de crisis y/o urgencia.
- Desencadenantes de la crisis o urgencia.
- Antecedentes de episodios similares y/o tratamientos previos.
- Condiciones de vida.

Manifestaciones más comunes en situaciones de crisis y/o urgencias. **SÓLO ORIENTATIVAS**

[Anexo 2]

2.3 EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA Y DE LA SITUACIÓN



2.4 PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO





CONSIDERACIONES
GENERALES



PRIMERAS
MEDIDAS



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN



REDACCIÓN DEL
INFORME FINAL

Capítulo 3

ITINERARIOS DE INTERVENCIÓN

A continuación, se describen los itinerarios de intervención que deben ponerse en marcha luego de haber desplegado las *primeras medidas* descritas en el capítulo 2. Se diferencian aquí los *procesos de intervención según se trate de una situación de crisis o de urgencia*.

En este momento de la intervención también debe sostenerse el desempeño profesional interdisciplinario; la presencia del equipo es fundamental al momento de definir las estrategias, ya que el objetivo principal es la atención y el alivio del padecimiento de la persona. Para esto se plantea, como consideraciones imprescindibles, utilizar los métodos menos restrictivos para el usuario/a y favorecer su bienestar, respetar su dignidad y autonomía. Se debe propiciar la participación del usuario/a, e identificar el aporte que este/a puede brindar para el mejoramiento de su salud; ello implica garantizar la accesibilidad a la información sobre el proceso terapéutico en lenguaje claro y preciso. El trayecto que el usuario/a de salud mental haga estará determinado, en cierta medida, por las respuestas del equipo interviniente en el proceso terapéutico. Por este motivo se deben generar y fortalecer las redes de intervención adecuadas, evitando el aislamiento de la persona a quien se asiste.

A los fines organizativos de este documento, en principio se describen los procesos de intervención en situaciones de urgencia en tanto estrategia terapéutica inmediata. Aun así, se entiende que el abordaje de las situaciones de crisis que no han devenido en urgencias implica una instancia anterior a la cual se debe otorgar importancia para prevenir la desorganización y aumento del sufrimiento en la persona y su entorno.

1. Estrategias terapéuticas inmediatas: proceso de intervención en situaciones de urgencia

Luego de que la evaluación integral de la persona y la situación determinó que se está ante una situación de urgencia, de manera inmediata se deben desplegar las estrategias de intervención que alivien el padecimiento de la persona que requiere de atención. En este proceso es inminente conceder prioridad a los abordajes teniendo en cuenta el siguiente orden:

- abordaje psicosocial/psicoterapéutico;
- abordaje psicofarmacológico;
- sujeción mecánica (como última opción);
- internación voluntaria o involuntaria.



➤ Es imprescindible que el equipo interdisciplinario brinde seguridad desde la escucha respetuosa para lograr confianza y el establecimiento del vínculo, siempre respetando los derechos fundamentales de usuarios/as y familiares. Considerar que muchas veces nos encontramos con usuarios/as con largo trayecto por los servicios de salud mental y que han vivenciado situaciones previas desfavorables.

En caso de que el equipo interdisciplinario decida comenzar su estrategia con intervención farmacológica o sujeción física (no recomendado), porque la urgencia lo amerita y el estado de excitación psicomotriz del usuario/a implica un riesgo cierto e inminente para su persona o para terceros, dicha intervención deberá estar siempre acompañada del abordaje psicosocial correspondiente. La utilización de la sujeción mecánica siempre debe ser considerada como una medida de *última ratio*. Este recurso se pone en tensión por el enfoque de derecho y se considera necesario protocolizar su utilización para no dejarlo librado a la discrecionalidad, atento a que es una práctica de uso frecuente, a pesar de los debates éticos y jurídicos existentes al respecto.

Al igual que el resto de las acciones desarrolladas por parte del equipo de salud interviniente, tendrán que registrar fehacientemente en la HC y en el SDD el tipo de intervención que se ha realizado prestando especial atención al desarrollo y justificación de la decisión tomada (ver capítulo 4).



Abordaje psicosocial/psicoterapéutico

En la urgencia se deben conocer la situación y los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona (pérdidas, desempleo, desarraigo, episodios de violencia, etc.); posibles situaciones de carencia (física, emocional y social); su historia en relación a enfermedades/padecimientos previos; entre otros (16). Se debe hacer un análisis de los aspectos constitutivos de procesos vitales, implicancias biológicas, aspectos familiares y sociales, culturales y ocupacionales de la persona.

El abordaje psicosocial/psicoterapéutico en la urgencia debe estar a cargo de profesionales cuya formación les permita diseñar la intervención terapéutica más apropiada atendiendo la singularidad de cada caso (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.). Aun así, es responsabilidad de todo el equipo de salud e implica participación interdisciplinaria en el diseño e implementación de la intervención.

Este tipo de abordaje incluye, de ser necesario, las intervenciones en el domicilio de la persona en situación de urgencia, en la vía pública u otros ámbitos comunitarios. También requiere el desarrollo de accio-

nes intersectoriales para lograr una atención integral que despliegue todas las vías posibles de intervención para el cuidado, acompañamiento y resolución de la urgencia buscando recuperar el equilibrio vital de la persona.

Cuando la urgencia tiene lugar en la vía pública u otros ámbitos comunitarios, no preparados para contener estas situaciones, es preciso que el profesional que asiste ponga en marcha el abordaje psicosocial/psicoterapéutico y se remita de manera inmediata a la red de servicios disponibles para dar intervención al equipo interdisciplinario (ver anexo 5).

En los casos cuya urgencia requiera el acompañamiento psicosocial/psicoterapéutico del padecimiento en el domicilio –en tanto estrategia terapéutica inmediata–, este se debe realizar siempre bajo la supervisión del equipo interdisciplinario.

Los espacios de escucha, donde se posibilita que la persona enuncie la valoración sobre su vivencia de los síntomas, favorecen un proceso de cese de dichos síntomas que propiciará el despliegue de la intervención. Tener el recaudo de no subestimar, sobreestimar ni emitir juicios de valor respecto al padecimiento de la persona. Evitar las confrontaciones acerca de su relato.

Las *estrategias de cuidado* de la salud, que deben fortalecerse durante el abordaje psicosocial/psicoterapéutico son:

- ▶ *buena disposición del equipo de salud*, fundamental para una mejor calidad de atención y eficacia terapéutica;
- ▶ *trato respetuoso y receptivo*, posibilita que la persona pueda expresarse y favorece la calma. Es importante respetar los tiempos y silencios de la persona;
- ▶ *invitar a la persona a “hablar sobre lo que le pasa”* (disponer de tiempo y de lugar) y favorecer el establecimiento de vínculos de confianza. Tener en cuenta que poder expresarse, poner en palabras lo que le sucede y ser escuchado, suele tener un efecto de alivio;
- ▶ *proporcionar herramientas* para que la persona identifique la circunstancia actual o motivo que desencadena la situación;
- ▶ *rescatar los aspectos sanos de la persona*, promover su autonomía e independencia (2);
- ▶ *consensuar soluciones* en base a las propuestas que haga la persona y a las que puede brindarle la institución considerando su entorno (2);
- ▶ *considerar los aspectos vinculares*, en particular la existencia de la red de apoyo socio-familiar de la persona, e intervenir para favorecer su inclusión participativa (2) (ver anexo 5);
- ▶ identificar potencialidades/recursos del usuario/a y prácticas propias de cuidado que favorezcan el proceso de intervención.



- Muchas urgencias se resuelven en este momento sin necesidad de recurrir a la medicación ni a la contención física (2). Por esto, antes de optar por otra modalidad de abordaje, se deben agotar todas las estrategias acordes con los principios establecidos en el presente protocolo o aquellas que pudieran sugerir el Tercero Neutral Asignado o la Red de Bioética.

Abordaje psicofarmacológico

A través de la medicación se alivian los síntomas emergentes con el fin de poder definir una conducta para el seguimiento. La medicación debe responder a las necesidades fundamentales de salud de la persona y solo debe administrarse con fines terapéuticos (1)(9).

Para el abordaje psicofarmacológico se recomienda el uso racional de psicofármacos acorde a lo explicitado por la OMS (29). Siempre debe buscarse la atención dirigida a usar los fármacos como una herramienta más, sumada a otras que han sido desarrolladas en el protocolo. El énfasis para la elección de fármacos y plan de tratamiento debe estar puesto en el caso por caso y sosteniendo la *singularidad* que cada situación impone.

Para la elección del fármaco a utilizar, en principio es conveniente delimitar:

- si la urgencia corresponde primariamente a un cuadro orgánico (tóxico, metabólico, entre otros) o psicógeno;
- cuáles son los síntomas preponderantes y signos de alarma –si los hubiera-, acorde a ellos será el tratamiento a instaurar en la urgencia;
- si se conocen los antecedentes de tratamientos y la urgencia constituye una descompensación, tener en cuenta los últimos esquemas previos, su efectividad y cumplimiento.

Para definir el esquema farmacológico también se deben tener en cuenta, e informar al usuario/a, los efectos adversos de la medicación; esta debe responder a las necesidades fundamentales de salud de la persona.

En relación a la *vía de administración*: se debe utilizar la vía oral en primer lugar, si es posible. En caso contrario o de riesgo inminente se usará la vía intramuscular y/o endovenosa (de más rápida acción).

El *esquema de referencia y fármacos alternativos*, con las respectivas dosis y vía de administración recomendadas según cada situación posible, se desarrolla en el anexo 3.



Sujeción mecánica como última opción

Esto es un recurso de *última ratio*, es decir que se recurrirá a esta medida solo cuando, verificada la persistencia de riesgo cierto e inminente, haya sido imposible resolver la urgencia por medio de la intervención psicoterapéutica y/o abordaje psicofarmacológico.

Se debe tener en cuenta que, al ser una medida restrictiva, su utilización debe estar fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro de un enfoque de derechos (2) (9).

A través de este procedimiento se limitan los movimientos de la persona agitada mediante sistemas de inmovilización física, y solo debe aplicarse con el fin de evitar un posible daño para la persona y para su entorno en situación de urgencia. La contención física no constituye una medida terapéutica; es, principalmente, un medio para facilitar los abordajes descritos anteriormente, en caso de presentarse serias dificultades en tal sentido.

Tanto la administración coactiva de psicofármacos (abordaje psicofarmacológico) como la sujeción mecánica (último recurso facilitador del abordaje) siempre suponen interrupción de derechos, puesto que una vez implementados –operando tales procedimientos contra la voluntad del sujeto– ya no es posible retornar a la situación de respeto por su decisión. Esta es una medida violenta, motivo por el cual su uso no debe ser entendida de modo alguno como una justificación de prácticas vulneratorias, sino que, por el contrario, supone visibilizar una situación real y dilemática, lo que –justamente por ello y ante la opción por la interrupción– obliga a controles (ORL/Tercero Neutral Asignado).

Como última opción en el abordaje, y de ser necesaria esta intervención, es importante contar con personal capacitado del equipo interdisciplinario para efectuar el procedimiento y controlar la práctica, en permanente comunicación con el usuario/a y su familia y/o referentes vinculares, con el objetivo de interrumpir lo más pronto posible el uso de dicha medida (20).

Es necesario que alguien del equipo coordine la intervención y que esta se realice conforme los principios y deberes explicitados en el presente protocolo, atendiendo a las *estrategias de cuidado* de la salud mencionados. La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente.

Las recomendaciones presentadas pueden requerir diversos grados de complejidad, de acuerdo a cada situación. Esta acción debe desarrollarse con absoluto cuidado, de manera gradual, atendiendo a la especificidad de la situación.

La sujeción no debe realizarse con materiales tales como vendas, sábanas o cualquier material que pudiera dañar a la persona e impedir



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN

- por completo sus movimientos u obstaculizar la circulación. Se debe informar a la persona cada acto del procedimiento, aclarando toda inquietud que pudiera surgir, así como la transitoriedad y brevedad de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Esta medida se debe retirar, **sin excepción alguna**, en forma gradual, cuando empiece a disminuir el cuadro de excitación.

En el caso de Niños/as, queda expresamente prohibido aplicar esta medida por ser considerada como conductas de trato degradante en conformidad con la normativa vigente, acorde a lo explicitado por la secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26.657 en su Resolución S.E N°04/14.

Internación voluntaria e involuntaria

La internación es considerada como el último recurso dentro de la estrategia terapéutica inmediata. Debe ser de carácter transitorio, lo más breve posible y promover el mantenimiento de los vínculos, contacto y comunicación de las personas internadas con su entorno familiar, comunitario o social (2). Solo podrá ser indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones, valoración esta que deberá sujetarse a los principios, derechos/deberes especificados en el capítulo 1.

La internación debe realizarse en hospitales generales, públicos o privados, conforme lo estipulado por el art. 28 de la LNSM (1). A tales fines, deben implementarse los recursos adecuados a la estrategia terapéutica, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la persona.

En caso de que la internación se llevase a cabo en una institución monovalente, no deberá perderse de vista la necesaria progresividad en la transición del sistema de atención hacia el hospital general, en concordancia con los plazos y modalidades establecidos en la normativa vigente, art. 27 de la LNSM (1).

Asimismo, atendiendo a la preservación del lazo social como una de las pautas a las que el sistema legal obliga, la internación deberá procurar estimular la continuidad de los cuidados posteriores al egreso hospitalario con eje en la comunidad, atendiendo para ello a la red de recursos locales, intra y extra familiares (ver anexo 5).

Es necesario proporcionar información a la familia y/o a la red social, a los fines de facilitar la implementación de estrategias que posibiliten el acompañamiento e intervención activa de los referentes vinculares y comunitarios durante y después de la internación.

Toda internación debe ajustarse a las exigencias legales previstas por

el artículo 16 de la LNSM (1) en el plazo allí estipulado.

Tratándose, la presente, de una situación de urgencia subjetiva, la internación como “recurso facilitador de abordaje” puede verse enfrentada a diversas coyunturas en las que el consentimiento de la persona se manifieste de disímiles modos.

Atendiendo a los estándares sobre los que se funda la normativa actual en la materia, siempre deberán implementarse los modos que procuren un mejor acercamiento al sujeto para que, aun frente a la urgencia, la elección por la internación sea una decisión compartida, esto es: en el marco de su consentimiento.

Sin embargo, se remarca que es la comprobada existencia de riesgo cierto e inminente lo que habilita a prescindir del consentimiento del sujeto para indicar una internación no querida. No obstante, aun frente a ello, si la persona admite su internación deberá privilegiarse su decisión (internación voluntaria), e informarse simultáneamente dicha situación al *Tercero Neutral Asignado* y/o *Comité de Bioética* para que se efectúe el seguimiento del caso como un supuesto particular de “*internación voluntaria en la urgencia*”.

Esto se impone debido a que son distintos los parámetros normativos que, luego de producida guían a una y otra internación, por lo que, llegado el caso (cambió de opinión en relación con la voluntariedad), y de ser fehacientemente acreditada su necesidad (por la pervivencia de riesgo cierto e inminente) deberá procederse a convertir la internación voluntaria en internación involuntaria, aplicándose para ello el mecanismo previsto por el artículo 18 de la LNSM (1), con las particularidades del caso local, conforme la Ley Provincial 9848 (7), decretos y acordadas dictadas al efecto (Acuerdo Tribunal Superior de Justicia de Córdoba N° 1122, serie “A”, 2012).

En lo que sigue se especifican los extremos de una y otra clase de internación, debiéndose tener presente que, atento a la urgencia, el análisis de la persona que deberá hacerse es el que se establece para internaciones involuntarias. Pero, frente a la existencia de consentimiento, el régimen aplicable será el de las internaciones voluntarias; siempre con las salvedades efectuadas y atendiendo a la posibilidad de conversión del régimen.

Internaciones voluntarias

Al responder a una decisión libre de la persona junto con el equipo interdisciplinario, este tipo de internación no requiere la intervención del Poder Judicial.

Dentro de las primeras 48 horas se deben cumplir los siguientes requisitos:



- evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con el correspondiente registro y firma del equipo en la HC y el SDD;
- búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar según se especifica en los primeros apartados del presente protocolo a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible (ver capítulo 2.1).



Deberá recabarse de inmediato el consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, atendiendo a los criterios establecidos en el capítulo 2.4 del presente protocolo (ver anexo 6).



La persona que ha dado el CI para ser internada podrá decidir retirarse en cualquier momento, así como el equipo tratante otorgar el alta de internación.

Aun tratándose de internaciones voluntarias, si han transcurrido más de 60 días corridos desde su inicio, corresponde notificar al Órgano de Revisión Local y al juez de la localidad, quien deberá evaluar en el plazo de 5 días si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si debe pasar a considerarse involuntaria, activando el sistema de garantías que se establece para estas (2).

Superada la urgencia, puede suceder que la mejor opción terapéutica esté dada por la internación, y que esta sea una alternativa querida y consentida por la persona; solo la comprobada existencia de estas premisas podría justificar ese tipo de abordaje posterior.

Si en cualquier momento de la internación voluntaria la persona pierde el estado de lucidez y la comprensión de la situación, ya sea por su estado de salud o por el efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas, deberá procederse de acuerdo a lo prescripto para la internación involuntaria.

Internación involuntaria

En caso de que la persona no brinde su consentimiento para ser internada, que no haya decisión anticipada y se evalúe la existencia de riesgo cierto e inminente se puede proceder a la internación involuntaria.

En caso de internación de personas menores de edad declaradas incapaces, o con capacidad restringida, se debe proceder de acuerdo a la normativa específica en la materia (13,14) en su articulación con la Ley 26.657 (1).

La internación involuntaria debe ser el resultado de una evaluación actual situacional realizada por un equipo interdisciplinario, cuyo fun-

damento no puede reducirse exclusivamente a un diagnóstico clínico. Debe ajustarse a las pautas establecidas en la Ley 26.657 (1), coherente con la que fija para la Provincia de Córdoba, Ley 9848 (7).

No debe olvidarse que esta última Ley remite, en materia de internaciones involuntarias, a la Acordada 1122 serie "A", dictada por el Tribunal Superior de la Provincia en el año 2012, la cual estipula un plazo de entre cinco a siete días para resolver la judicialización o no de una internación, en caso de que no pueda transformarse en voluntaria o accederse a una alternativa terapéutica menos restrictiva (tratamiento ambulatorio).

En cuanto a las dificultades que puede presentar la valoración de la presencia de riesgo cierto e inminente como uno de los requisitos ineludibles para justificar esta clase de internaciones, se desprenden de la normativa vigente los siguientes lineamientos a considerar:

- ▶ Se debe entender por *riesgo cierto e inminente* a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable, que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o terceros. Esto no incluye a los riesgos derivados de actitudes o conductas no condicionadas por un padecimiento mental conforme el art. 20, LNSM (1).
- ▶ Una vez considerado por parte del equipo este criterio de internación, se debe dejar minucioso registro en la HC y en el SDD sobre los fundamentos que motivaron dicha decisión (ver capítulo 4).
- ▶ Tratándose de un recurso terapéutico excepcional en el cual la persona no presta su consentimiento, se requiere la intervención del Poder Judicial de inmediato. Por ello debe notificarse la internación dentro de las 10 horas siguientes al ingreso, al juez de la localidad y al Órgano de Revisión Local (1), fundamentando la decisión.
- ▶ Dentro de las 48 horas del ingreso de la persona, deberá remitirse al juez y al Órgano de Revisión (1) el dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación, determinando:
 - ▶ evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
 - ▶ búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar. En los casos en que la persona no se encuentre acompañada al momento de la internación o se desconociera su identidad, el equipo deberá realizar las averiguaciones necesarias para conseguir datos sobre lazos familiares o afectivos, en colaboración con los organismos públicos que correspon-



- dan, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible;
- detalle de la situación de riesgo cierto e inminente;
 - justificación de la ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento;
 - información respecto a las instancias previas implementadas.
- Como mínimo, cada 30 días deberá informarse al juez si persisten razones para la continuidad de la medida.
 - La persona internada involuntariamente –o su representante legal– tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno gratuito a través de la defensoría oficial desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento.
 - El alta y la externación son facultades del equipo de salud que no requieren autorización judicial (excepto las internaciones dispuestas en el marco del artículo 34 del Código Penal, conforme el art. 23 de la LNSM (1)).

2. Decisiones posteriores: proceso de intervención en situaciones de crisis

Este momento en los itinerarios de intervención puede iniciar una vez que la urgencia fue resuelta. También cuando, a partir de la evaluación integral de persona y la situación (capítulo 2.3), el equipo de salud determinó que se encuentra ante una situación de crisis que no ha devenido en urgencia. Esta alternativa debe ser considerada en todo momento; intervenir a tiempo en la crisis puede prevenir un episodio de irrupción del padecimiento subjetivo (urgencia).

Introducir la dimensión de la subjetividad en la atención de las urgencias es lo que aproxima a la noción de crisis, dándole otro significado; desaparece la urgencia de restablecer un equilibrio perdido. La crisis se considera un momento privilegiado en el que el sujeto puede, eventualmente, tener acceso a nuevas formas de organización (31).

La instancia de atención en crisis, supone estrategias de resguardo integral de la salud, mediante un abordaje interdisciplinario cuidadoso de la individualidad, consensuado con la persona y su entorno, periódicamente revisada y modificable.

Toda estrategia inicial en situaciones de crisis debe procurar aliviar la angustia, el malestar general, la posible situación de conflicto con la familia o referentes vinculares. También debe facilitar que el equipo

de salud y el usuario/a reconozcan e identifiquen nuevas formas de enfrentar las demandas de la vida cotidiana. El abordaje integral del padecimiento permite ampliar la red de apoyos en la comunidad del usuario/a.

El *abordaje desde una perspectiva comunitaria* en situaciones de crisis debe realizarse de manera ambulatoria con la red socio-familiar del usuario/a. Se debe reforzar la utilización de redes de atención con base en la comunidad, respetando el entorno vivencial de la persona. Podrán utilizarse diferentes dispositivos, como hospitales generales, centros de día, equipos comunitarios, casas de medio camino, casas de convivencia, hospitales de día, entre otros. Pudiendo intervenir en ámbitos tales como vivienda (a través de la atención domiciliaria supervisada), trabajo y estructuras intermedias (emprendimientos laborales productivos, cooperativas de trabajo, entre otros).

Se sugiere fortalecer, o construir y sostener, una red: coordinar el apoyo social de los recursos comunitarios disponibles –tanto informales como formales–, el afianzamiento de lazos afectivos y la participación en actividades sociales. Tener en cuenta las instituciones de salud de referencia. Se debe promover redes de apoyo a través de alternativas, tales como servicios de inclusión social-laboral; apoyo a las personas, grupos comunitarios y familiares; servicios para la promoción y prevención en salud mental, cooperativas de trabajo, centro de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, entre otros (1).

También requiere el desarrollo de acciones intersectoriales (salud, trabajo, educación, desarrollo social, entre otros) para lograr una atención integral que despliegue todas las vías posibles de intervención para el cuidado, acompañamiento y resolución de la crisis de la persona.

Hay redes que no están predefinidas, considerar que indagando en los diferentes sistemas de apoyo pueden detectarse redes alternativas; se recomienda fortalecerlas (ver anexo 5).

Desde una perspectiva comunitaria, el proceso de intervención en situaciones de crisis propuesto a continuación supone: *formulación de la estrategia terapéutica; implementación de la estrategia terapéutica, programa de seguimiento, cuidados y acompañamiento; evaluación de las estrategias implementadas; y revisión del diagnóstico situacional*. Aunque algunos de estos momentos se pueden superponer, interconectar y variar en su orden, es importante el desarrollo de cada uno de ellos para que el proceso terapéutico sea el adecuado.

Formulación de la estrategia terapéutica

La formulación de la estrategia terapéutica debe ser un proceso dinámico, modificable y sostenido durante todo el proceso de interven-



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN





ción, de forma tal que responda a las necesidades de la persona que consulta o que se acercó en busca de orientación y/o acompañamiento. Esta no pretende ser algo que se impone a un otro, sino que debe ser un acuerdo mutuo de reconocimiento con el usuario/a para direccionar el proceso terapéutico. La mejor estrategia terapéutica es la que responde a la singularidad de la persona, y será adecuada siempre que contemple los intereses del usuario/a y que este/a se sienta interpelado/a por dicha estrategia.

Este proceso de formulación de objetivos de corto y mediano plazo ayuda a organizar los recursos que se implementan para asegurar la autonomía y calidad de vida del usuario/a. Para ello es necesario tener en cuenta aspectos relacionados con las necesidades básicas y otras de la vida cotidiana del usuario/a, como práctica de cuidado en salud: AVD – AIVD – ABVD. Estos objetivos deben nutrirse con los indicadores obtenidos de la *evaluación integral de la persona y la situación* (capítulo 2.3); y de aquellos obtenidos durante el proceso de intervención previo.

Este momento definirá quiénes del equipo de salud (según los criterios de incumbencia profesional) serán los responsables de implementar y desarrollar el programa terapéutico. Aun priorizando la intervención de alguna disciplina, el programa de intervención es responsabilidad del equipo interdisciplinario. Este puede desarrollarse en instancias individuales con el usuario/a, o a través de actividades grupales; atendiendo a la singularidad de la persona y la situación.

Implementación de la estrategia terapéutica

A partir de lo evaluado y planificado se deben implementar acciones para el restablecimiento de la salud del usuario/a. El fortalecimiento de los recursos de la persona para producir el análisis (crítica) y reflexión de las partes resultantes de la ruptura, puede alcanzarse a través del abordaje psicosocial/psicoterapéutico y psicofarmacológico descritos a continuación.

Abordaje psicosocial/psicoterapéutico

La intervención psicosocial/psicoterapéutica debe estar dirigida a aliviar la intensa afectación emocional de la persona; reducir los estados de tensión; reducir los sentimientos de impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización por los cuales puede estar atravesando el usuario/a que consulta.

En las situaciones de *crisis* es importante intervenir en el contexto más próximo de la persona, se debe conocer 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.), posibles situaciones de carencia (física, emocional y social), su historia en relación a enfermedades/padecimientos previos, entre otros (1) (2). En las situaciones de crisis, también se debe incluir el análisis de los aspectos constitutivos de procesos vitales, implicancias biológicas, aspectos familiares y sociales, culturales y ocupacionales de la persona.

Acorde a los principios de la atención primaria de la salud, se debe contemplar la existencia de situaciones cuya estrategia terapéutica requiere de intervención psicosocial/psicoterapéutica en el domicilio de la persona en situación de crisis, en la vía pública, centros de día, centros de capacitación y orientación laboral, servicios sociales, espacios de información y formación, u otros ámbitos comunitarios; en instancias individuales y/o grupales (1).

Durante la implementación de la estrategia terapéutica, se deben incluir a todos los actores más próximos con los que se vincula la persona. En aquellos espacios como hospitales generales, centros de salud, entre otros, es necesario socializar las particularidades de cada situación para promover el acompañamiento de otros profesionales y personal de salud (16). Lo mismo aplica para los familiares, acompañantes y/o referentes vinculares.

Las *estrategias de cuidado* de la salud, que deben fortalecerse durante el abordaje psicosocial/psicoterapéutico, son idénticas a las explicitadas para las situaciones de urgencia (ver capítulo 3.1).

Abordaje psicofarmacológico

En las situaciones de crisis, a través de la medicación se alivian los síntomas emergentes con el fin de fortalecer una conducta para el seguimiento. La medicación debe responder a las necesidades fundamentales de salud de la persona y solo debe administrarse con fines terapéuticos (1) (9).

“No se trata de usar la medicación a ultranza ni abstenerse de la misma. Sino interrogarse sobre la misma (...). La medicación es responsabilidad del equipo de salud, no solo de quien la prescribe” (20)

Para el abordaje psicofarmacológico, se recomienda el uso racional de psicofármacos acorde a lo explicitado por la OMS (29). Siempre debe buscarse la atención dirigida a usar los fármacos como una herramienta más, sumada a otras que han sido desarrolladas en el protocolo. El énfasis para la elección y plan de tratamiento debe estar puesto en el caso por caso y sosteniendo la *singularidad* que cada situación impone. Este abordaje, siempre debe estar acompañado por el abordaje psicosocial-psicoterapéutico.

Para la elección del fármaco a utilizar, en principio es conveniente delimitar:



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN



- si la crisis corresponde primariamente a un cuadro orgánico (tóxico, metabólico, entre otros) o psicógeno;
- cuáles son los síntomas preponderantes y los signos de alarma –si los hubiera-, acorde a ellos será el tratamiento a instaurar. En los momentos posteriores a la urgencia, considerar estos indicadores para sostener el tratamiento;
- si se conocen los antecedentes de tratamientos, tener en cuenta los últimos esquemas previos, su efectividad y cumplimiento.

Para definir el esquema farmacológico, también se debe tener en cuenta –e informar al usuario/a– los efectos adversos de la medicación; esta debe responder a las necesidades fundamentales de salud de la persona.

En relación a la *vía de administración*: se debe utilizar la vía oral en primer lugar.

El *esquema de referencia y fármacos alternativos*, con las respectivas dosis y vía de administración recomendadas según cada situación posible, se desarrollan en el anexo 3.



Programa de seguimiento, cuidados y acompañamiento

Esta etapa resulta muy importante para lograr mantener los vínculos socio-familiares-comunitarios-ocupacionales de la persona. Implica la creación o fortalecimiento de la red de intervención que colabora en este proceso. Es importante establecer pautas de seguimiento por escrito, garantizando la comprensión de la persona, y analizar detenidamente quién facilitará el acompañamiento con el equipo interviniente (un familiar, amigo, vecino, institución, alguien externo).

Evaluación de las estrategias implementadas

Transcurrido el tiempo establecido por los objetivos terapéuticos de corto y mediano plazo, analizar si estos cumplieron su fin. Este análisis crítico de los recursos utilizados facilita el proceso de intervención.

Revisión del diagnóstico situacional

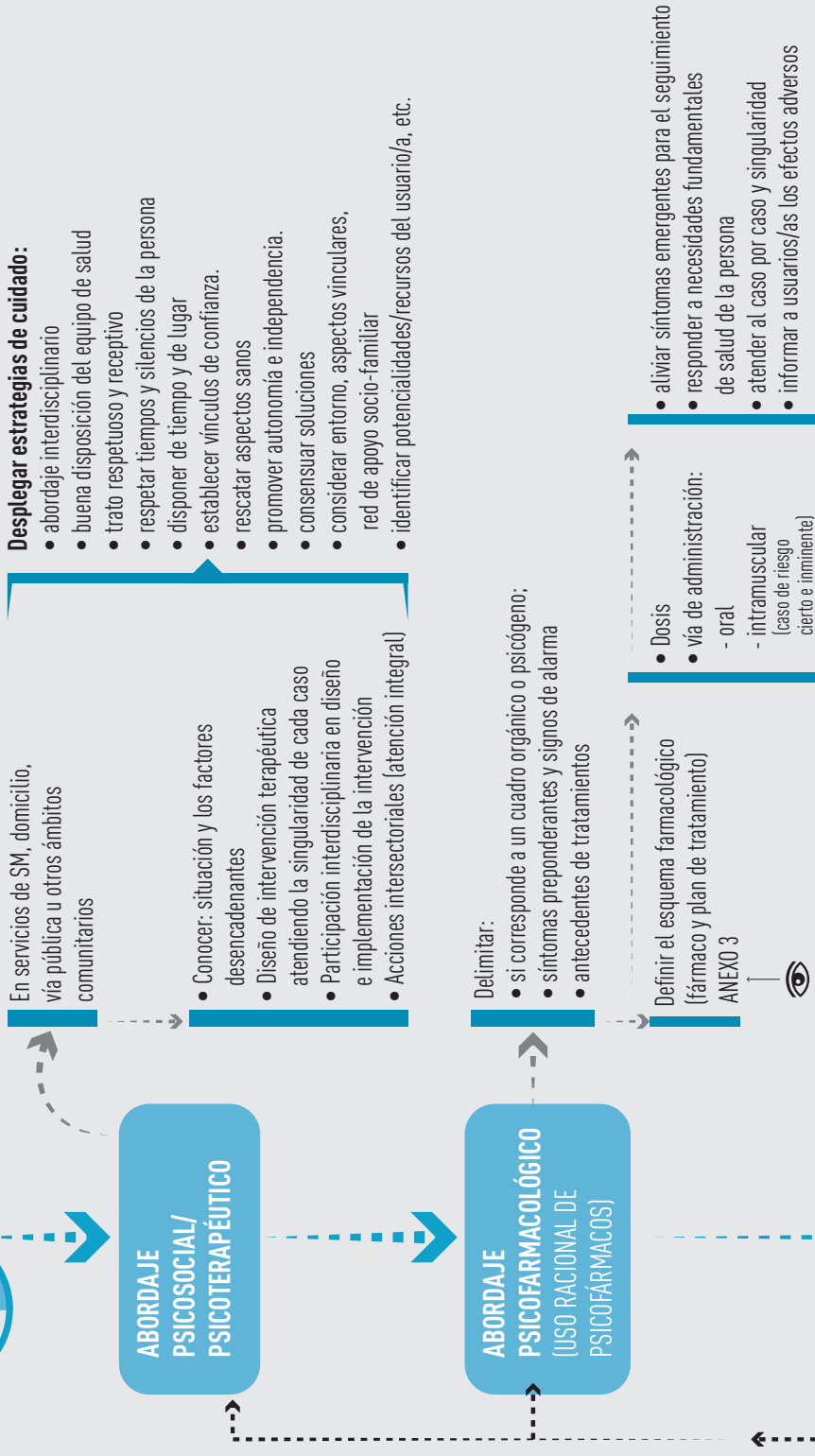
Permite conocer cómo se encuentran los vínculos de la persona con los distintos espacios donde se relaciona, esto evita el aislamiento y garantiza la continuidad de cuidados.



ITINERARIOS DE INTERVENCIÓN



1. Estrategias terapéuticas inmediatas: proceso de intervención en situaciones de urgencia



Sujeción mecánica (como última opción)

Recurso de *última ratio*.

- Utilización debe estar fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro del enfoque de Derechos Humanos
- No constituye una medida terapéutica
- Solo se implementa, cuando se ha verificado la persistencia de riesgo cierto e inminente; y no se pudo resolver la urgencia por medio del abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico.

En hospitales generales
(públicos o privados)

- transitoria

- breve (plazos y modalidades según normativa vigente)
- con sostenimiento de vínculos intra o extra familiar, comunitario y/o social
- posterior al egreso hospitalario: continuidad de cuidados con eje en la comunidad (red de recursos locales sociales y/o vinculares)

Según cómo se manifiesta el
consentimiento de la persona

Internación (último recurso)

Voluntaria

- La persona admite internación: "internación voluntaria en la urgencia"
- Decisión libre de la persona y equipo interdisciplinario.
- Recabar el consentimiento informado.
- Informar a Tercero Neutral Asignado y/o Comité de Bioética
- No requiere la intervención del Poder Judicial.
- Cumplir requisitos establecidos dentro de las primeras 48 horas.
- La persona puede retirarse en cualquier momento.
- El equipo tratante puede otorgar el alta de internación en cualquier momento.
- Transcurrido más de 60 días desde su inicio, notificar al ORL y al juez de la localidad.

Involuntaria

- La persona no admite la internación
- Recurso terapéutico excepcional
- Existencia de riesgo cierto e inminente
- Revisión de decisiones anticipadas.
- Se prescinde del consentimiento informado de la persona.
- Se requiere la intervención del Poder Judicial.
- Notificar al juez de la localidad y al ORL.
- Mecanismo previsto por la normativa vigente.
- Menores de edad declaradas incapaces, o con capacidad restringida, proceder de acuerdo a la normativa específica.
- Revisar plazos para resolver la judicialización o no de la internación.
- La persona –o representante legal– tiene derecho a designar un abogado o a que el Estado le proporcione uno gratuito.
- El defensor puede oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento.
- Alta y externación: facultades del equipo de salud, no requieren autorización judicial.



ITINERARIOS DE INTERVENCIÓN



2. Decisiones posteriores: proceso de intervención en situaciones de crisis

Modalidad de intervención que inicia cuando:

- La urgencia fue resuelta; o
- en situación de crisis que no ha devenido en urgencia.

Abordaje desde perspectiva comunitaria:

- Ambulatorio, con la red socio-familiar, en el contexto más próximo.
- Utilización de redes de atención con base en la comunidad
- En hospitales generales, centros de día, equipos comunitarios, casas de medio camino, casas de convivencia, hospitales de día, entre otros.
- En vivienda (atención domiciliaria supervisada), vía pública.
- En emprendimientos laborales productivos, cooperativas de trabajo, etc.
- Acciones intersectoriales para atención integral

• Proceso dinámico, modificable y sostenido durante todo el proceso de intervención

- Acuerdo mutuo con el usuario/a para direccionar el proceso terapéutico.
- Debe responder a la singularidad de la persona y la situación; y contemplar sus intereses.
- Formulación de objetivos de corto y mediano plazo
- Organizar los recursos para asegurar la autonomía y calidad de vida.
- Considerar aspectos relacionados con las necesidades básicas y otras de la vida cotidiana (AVD – AWD – ABVD).
- Definir el/los responsables del equipo de salud para implementar y desarrollar el programa terapéutico (individual o grupal)

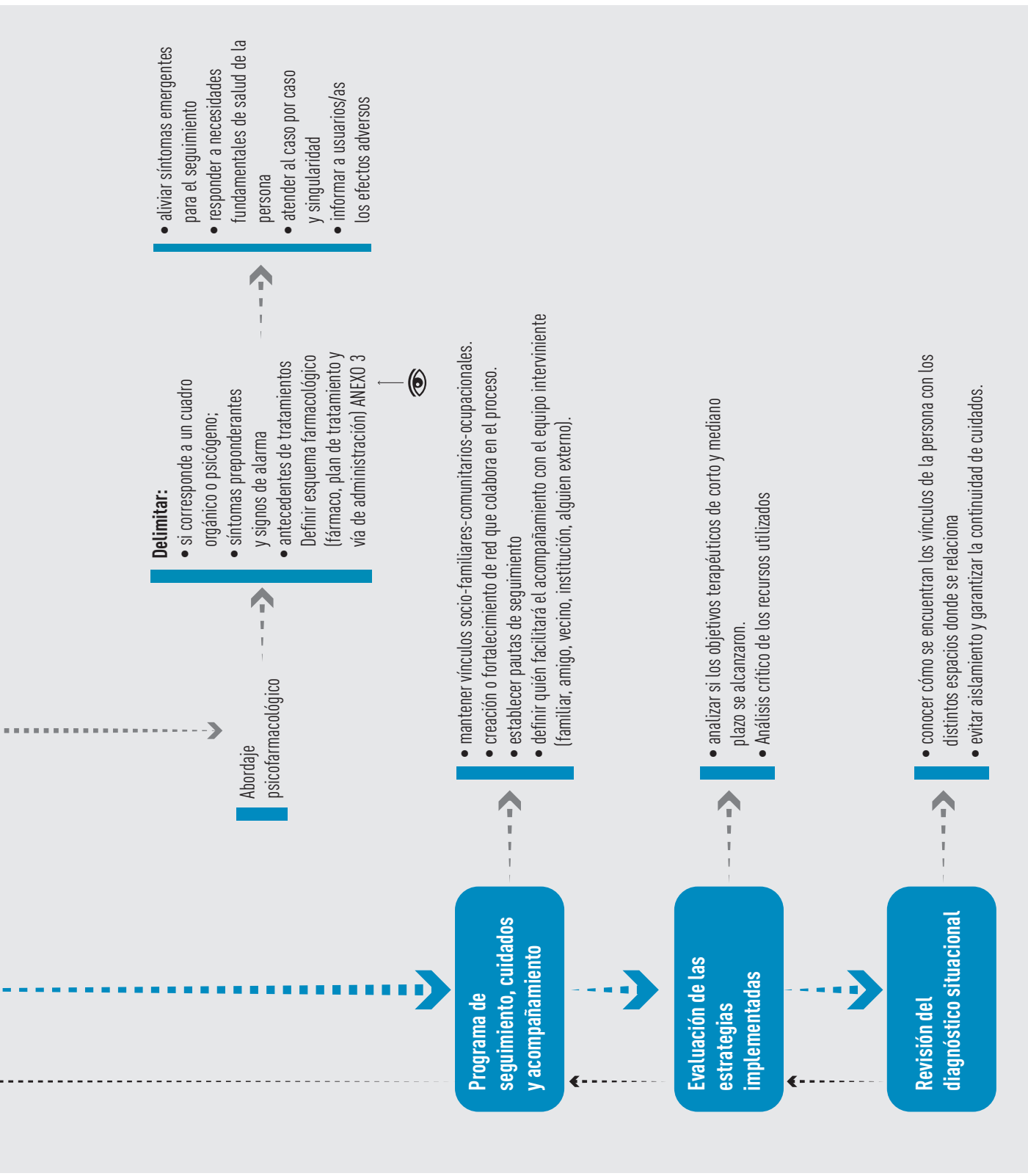
Formulación de la estrategia terapéutica

Acciones para el restablecimiento de la salud del usuario/a

Desplegar estrategias de cuidado

Abordaje psicosocial/psicoterapéutico

- Conocer la situación y factores desencadenantes.
- Considerar aspectos constitutivos de procesos vitales, implicancias biológicas, aspectos familiares, sociales, culturales y ocupacionales de la persona.
- Promover el acompañamiento de otros profesionales y personal de salud, familiares, acompañantes y/o referentes vinculares.



Delimitar:

- si corresponde a un cuadro orgánico o psicógeno;
 - síntomas preponderantes y signos de alarma
 - antecedentes de tratamientos
- Definir esquema farmacológico (fármaco, plan de tratamiento y vía de administración) ANEXO 3
- aliviar síntomas emergentes para el seguimiento
 - responder a necesidades fundamentales de salud de la persona
 - atender al caso por caso y singularidad
 - informar a usuarios/as los efectos adversos

Abordaje psicofarmacológico

Programa de seguimiento, cuidados y acompañamiento

- mantener vínculos socio-familiares-comunitarios-ocupacionales.
- creación o fortalecimiento de red que colabora en el proceso.
- establecer pautas de seguimiento
- definir quién facilitará el acompañamiento con el equipo interviniente (familiar, amigo, vecino, institución, alguien externo).

Evaluación de las estrategias implementadas

- analizar si los objetivos terapéuticos de corto y mediano plazo se alcanzaron.
- Análisis crítico de los recursos utilizados

Revisión del diagnóstico situacional

- conocer cómo se encuentran los vínculos de la persona con los distintos espacios donde se relaciona
- evitar aislamiento y garantizar la continuidad de cuidados.



CONSIDERACIONES
GENERALES



PRIMERAS
MEDIDAS



ITINERARIOS DE
INTERVENCIÓN



REDACCIÓN DEL
INFORME FINAL

Capítulo 4

REDACCIÓN DEL INFORME FINAL

La redacción del informe final de intervención se debe realizar en la historia clínica y en el sistema digital de datos (SDD). Esta estará a cargo del equipo interdisciplinario, conforme lo indica el deber/derecho de interdiscipliniedad expuesto en el capítulo 1 del presente protocolo, respondiendo cada integrante a las especificidades de sus competencias.

El Tercero Neutral Asignado y el Comité de Bioética serían los responsables de realizar el adecuado seguimiento de las HC correspondientes. El SDD estaría centralizado por el ORL; por lo tanto, solo tendrá acceso para la revisión de registro el Tercero Neutral asignado por dicho órgano. Dichas revisiones se realizarán exclusivamente a los fines de asesorar, capacitar, monitorear y acompañar en la efectivización de este protocolo.

Los datos inscriptos en la HC y en el SDD deben ser fidedignos, conforme el deber/derecho de fidelidad y el deber/derecho de confidencialidad expuestos. Para esto, se debe proceder respetando la normativa ética vigente en la materia, apuntada a preservar la dignidad de la persona y el respeto por su autonomía, voluntad e intimidad, como principios básicos que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

En ambas modalidades de registro tiene que quedar asentada la información relevante sobre la intervención, explicitando todas las aristas que refieren a este protocolo. Se deben detallar las medidas y acciones desplegadas por el equipo interdisciplinario incluyendo las situaciones puntuales no contempladas aquí que pudieran presentarse, a los fines de dar cuenta del proceder, siempre y cuando la información sea de estricto interés terapéutico, en el marco del presente documento de intervención.

Todos los registros en la HC deben ser firmados, fechados y sellados por el profesional que evoluciona.

Datos a incorporar en los registros (HC y SDD)

Información preliminar recabada según lo indica el capítulo 2.1 y anexo 1.



Medidas iniciales de cuidado adoptadas según el capítulo 2.2 del protocolo.



Evaluación Integral de la persona y de la situación según los criterios del capítulo 2.3:



- ▶ aspecto general y presentación de la persona
- ▶ examen físico general
- ▶ estado psíquico global: (síntomas actuales y detección de otros síntomas)



- desempeño funcional actual de la persona
- áreas ocupacionales en las que se desempeña de manera independiente
- áreas ocupacionales en las cuales necesitó/a asistencia al momento de la crisis o urgencia: AVD; AIVD; ABVD
- roles ocupacionales previos a la situación de crisis o de urgencia
- desencadenantes de la crisis o urgencia
- antecedentes
- estudios complementarios solicitados por el equipo o presentado por el usuario/a
- condiciones de vida (factores protectores y de riesgo)
- manifestaciones identificadas/valoración clínica global

Proceso toma de CI

Este proceso se debe registrar paso por paso en el documento fuente (HC) y en el SDD.

El registro en el SDD se realizará en concordancia con los procedimientos operativos que pudiera especificar el ORL.

El registro en la historia clínica debe ser:

- *contemporáneo* al momento de realizar cada una de las actividades del proceso. Si durante o después del proceso el profesional a cargo de este se da cuenta que no lo ha registrado, deberá hacerlo en ese momento explicando las razones por las cuales no procedió como debía hacerlo. Del mismo modo se procederá en el caso de haber omitido el ingreso de alguno de los datos específicos del procedimiento;
- *cronológico*, es decir, en forma ordenada y secuencial de acuerdo a la sucesión de actividades, recordando que todo registro de este proceso debe ser hecho antes de cualquier procedimiento de la intervención;
- *atribuible*, es decir que debe haber un responsable de conducir el proceso de CI que, además, debe ser la persona que lo registra y que firma el formulario del CI. El ingreso de esta información en el documento fuente debe ser firmado y fechado por el responsable. También debe dejar constancia si otros integrantes del equipo interdisciplinario y/o acompañantes participaron del proceso, quienes firmarán como testigos.

Estrategias terapéuticas inmediatas - proceso de intervención en situaciones de urgencia: contemplando los procedimientos explicitados en el capítulo 3.1



Se debe especificar todas las acciones realizadas por el equipo interdisciplinario durante todas las etapas de la intervención; personas que intervinieron; presencia o ausencias de familiares y/o acompañantes. Especificar el tipo de abordaje que se implementó:

- ▶ abordaje psicosocial/psicoterapéutico (justificación de la elección);
- ▶ abordaje psicofarmacológico (especificar si se utiliza fármacos de referencia o alternativos, justificar la elección; especificar vía de administración; fármaco/s; dosis; frecuencia; efectos colaterales esperables registrados; efectos colaterales no esperables; medidas que se adoptaron antes de recurrir a este abordaje, justificación de la elección);
- ▶ sujeción mecánica (evaluaciones permanentes; control de signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas; duración de la sujeción; justificación de la elección; medidas que se adoptaron antes de recurrir a este abordaje; señalar los indicadores que determinaron presencia de riesgo cierto e inminente para el mismo o para terceros-justificar);
- ▶ internación: contemplar la evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación voluntaria o involuntaria (señalar los indicadores que determinaron presencia de riesgo cierto e inminente para el mismo o para terceros).
- ▶ En los casos en que se recurra a más de una estrategia terapéutica y de cuidados se debe indicar todas, con las respectivas justificaciones.

En todos los casos se debe especificar cuál fue el orden seleccionado para aplicar dichas estrategias y justificar.

Decisiones posteriores - proceso de intervención en situaciones de crisis conforme lo desarrollado en el capítulo 3.2:

- ▶ explicitar si se trata de una situación de crisis posterior a una situación de urgencia, o si se trata de una situación de crisis no devenida en urgencia;
- ▶ formulación de la estrategia terapéutica (objetivos de corto y mediano plazo, AVD - AIVD - ABVD);
- ▶ implementación de la estrategia terapéutica: abordaje psicosocial/psicoterapéutico (justificación de la elección); abordaje psicofarmacológico (especificar si se utiliza fármacos de referencia o alternativos, justificar la elección; especificar vía de administración; fármaco/s; dosis; frecuencia; efectos colaterales esperables registrados; efectos colaterales no esperables; medidas que se adoptaron antes de recurrir a este abordaje, justificación de la elección);



- ▶ programa de seguimiento, cuidados y acompañamiento (planificación, recursos, redes);
- ▶ evaluación de las estrategias implementadas (seguimiento, análisis de los recursos y estrategias implementadas);
- ▶ revisión del diagnóstico situacional (establecimiento de redes formales e informales, referentes vinculares, recursos disponibles, etc.).

De igual manera que en las situaciones de urgencia, se deben especificar todas las intervenciones del equipo interdisciplinario. En todos los casos se debe registrar cuál fue el orden seleccionado para aplicar las estrategias y justificar la elección.



REDACCION DE INFORME FINAL

Todos los registros aquí detallados deben ser firmados, fechados y sellados por el profesional que evoluciona.

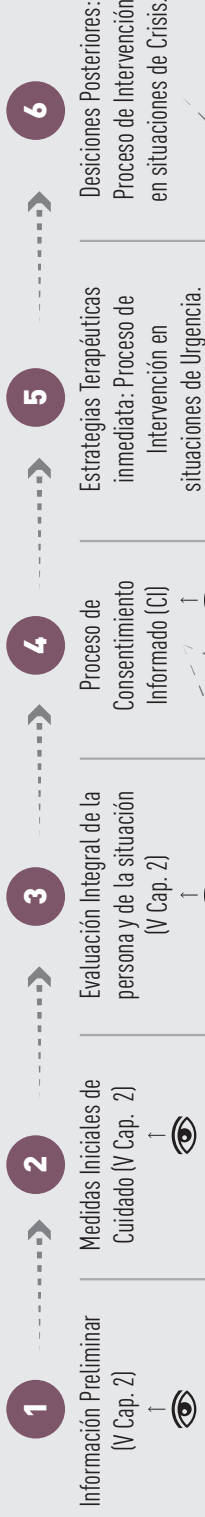
Historia Clínica (HC)

EL INFORME FINAL SE DEBE REALIZAR EN

- Ambas se encontrarán a cargo del equipo interdisciplinario, conforme al deber/derecho de interdisciplinariedad.
- Los datos inscriptos en el HC Y SDD deben ser fidedignos conforme al deber/derecho de fidelidad y de confidencialidad.
- En estas modalidades se deben detallar las acciones y medidas realizadas por el equipo, incluyendo aquellas no previstas que pudieran presentarse a los fines de interés terapéutico.

Sistema Digital de Datos (SDD)

DATOS A INCORPORAR EN LOS REGISTROS DE HC Y SDD



En el SDD se realizará con los procedimientos especificados por el ORL

En la HC el registro debe ser:

- Contemporáneo
- Cronológico
- Atribuible

Se deben especificar y justificar todas las acciones realizadas por el equipo interdisciplinario, las elecciones del abordaje/estrategia terapéutica y el orden seleccionado para su aplicación.
(V Cap. 3)



ANEXOS

Ficha de información mínima

Manifestaciones más comunes
en situaciones de crisis y/o urgencia

Esquema de referencia para
el abordaje psicofarmacológico

Redes y sistema de salud mental en Córdoba

Modelo de consentimiento informado

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5

Anexo 1

FICHA DE INFORMACIÓN MÍNIMA

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5

Solicitar esta información a quien pudiera brindarla
(usuario/a, familiares y/o acompañantes).



Fecha de la intervención:

Lugar en donde se desarrolla la intervención:

Vía mediante la cual el equipo interdisciplinario se anotició de la intervención

Sobre el equipo interdisciplinario

- › Nombres y apellidos:
- › Domicilio laboral:
- › Profesión/es:

Sobre el usuario/a

- › Nombre y apellido:
- › Género:
- › Edad:
- › Nacionalidad de usuario/as.....
- › DNI:
- › Fecha de nacimiento:
- › Domicilio:
- › Teléfono:
- › Sucinta descripción de su relato sobre las circunstancias en que se desencadenó el acontecimiento:

.....
.....
.....

Sobre el familiar, acompañante o referente vincular del usuario/a

- › Nombre y apellido:
- › Teléfono:
- › Domicilio:

Valoración sobre familia, acompañantes o referentes vinculares

- › Continente (con posibilidades de acuerdos en las estrategias terapéuticas):
.....
- › Vulnerable (lazos lábiles a nivel relacional, laboral, desafiliación, acuerdos estarán atravesados por las contingencias cotidianas):
- › De riesgo (ruptura del lazo familiar, omisión de la situación, no es posible realizar acuerdos):





Posibilidades de redes de apoyo, otros equipos y servicios de salud mental:

.....
.....
.....

Observaciones:

.....
.....
.....

Anexo 2

MANIFESTACIONES MÁS COMUNES EN SITUACIONES DE CRISIS Y/O URGENCIA

Manifestaciones/ Cuadros comunes (2)	Signos y síntomas más habituales
<p>1. Excitación psicomotriz</p>	<p>Todos o algunos de los siguientes:</p> <p>Actividad verbal o motora aumentada o inadecuada, respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o heteroagresión.</p> <p>Alteración de las funciones psíquicas: alucinaciones, delirios, alteraciones de la conciencia, del juicio, la memoria. Insomnio.</p> <p>Tener en cuenta los signos de escalada en la excitación.</p>
<p>2. Inhibición psicomotriz</p>	<p>Disminución o ausencia de la actividad motora, cognitiva y/o verbal.</p> <p>Dificultad o desinterés por el entorno y/o por sí mismo y actividades cotidianas.</p> <p>Aislamiento. Retraimiento. Mirada perdida. Insomnio-Hipersomnia.</p>
<p>3. Estados confusionales:</p> <p>A) Síndrome de confusión mental</p> <p>B) Otros estados de alteración de la conciencia</p>	<p>Alteración evidente del nivel de la conciencia (tendencia al sueño, obnubilación, estupor).</p> <p>Trastornos cognitivos. Alteración de parámetros vitales.</p> <hr/> <p>Desorientación témporo-espacial y/o de sí mismo.</p> <p>Disociación, despersonalización.</p> <p>Distorsión de la atención (distracción excesiva, dispersión), de la memoria, de la percepción, de la actividad psicomotora y del sueño.</p> <p>Perplejidad.</p>
<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, morir, etc.).</p> <p>Sensaciones subjetivas de dolencias físicas: adormecimiento, hormigueo 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>

Posibles factores causales	Tratamiento
<p>Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, posquirúrgicos.</p> <p>Psicógenos: descompensación psicótica, crisis maníaca, episodio de ansiedad.</p>	<p>Abordaje Psicosocial/Psicoterapéutico/ Psicofarmacológico (ver anexo 3) ←</p> <p>Mecánico, como última alternativa de intervención (ver capítulo 3.1). ←</p> <p>En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</p>
<p>Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</p> <p>Psicógenos: descompensación psicótica o de cuadros depresivos.</p>	<p>Abordaje Psicosocial / Psicoterapéutico / Psicofarmacológico del cuadro de base (ver anexo 3) ←</p> <p>En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</p>
<p>Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</p>	<p>Vinculado al cuadro de base.</p>
<p>Psicógenos: trauma reciente, estrés agudo, descompensación psicótica.</p>	<p>Abordaje Psicosocial/Psicoterapéutico/ Psicofarmacológico (ver anexo 3) ←</p> <p>Atender el cuadro orgánico de base.</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) / Psicofarmacológico (ver anexo 3) ←</p> <p>En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</p>

ANEXO 2





Manifestaciones/ Cuadros comunes	Signos y síntomas más habituales
<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>6. Síndromes relacionados con el uso de psicofármacos</p>	<p>Síndrome extrapiramidal: distonías agudas, acatisia, parkinsonismo.</p> <p>Síndrome colinérgico agudo: ataxia, sequedad de mucosas, midriasis, confusión, agitación.</p> <p>Síndrome neuroléptico maligno: rigidez muscular, hipertermia, inestabilidad autonómica, aumento de CPK, leucocitosis, cambios en el nivel de conciencia.</p> <p>Síndrome serotoninérgico: alteraciones mentales, hiperactividad autonómica y trastornos neuromusculares.</p> <p>Reacción paradójica por Benzodiazepinas: locuacidad, hiperactividad, ansiedad creciente, irritabilidad, taquicardia, sudoración, sueños vívidos, desinhibición sexual.</p>
<p>7. Intento de Suicidio / autolesión.</p>	<p>Ver Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes (2).</p>
<p>8. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias.</p>	<p>Ver Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes (2).</p>
<p>9. Situaciones de maltrato / abuso sexual.</p>	<p>Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales (2).</p>

Posibles factores causales	Tratamiento
<p>Orgánicos: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos.</p> <p>Psicógenos: descompensación psicótica, episodio maniaco o melancólico.</p>	<p>Abordaje Psicosocial/Psicoterapéutico (tener en cuenta no contradecir los dichos de la persona ni promover o alimentar el delirio) / Psicofarmacológico (ver anexo 3) ←</p> <p>Mecánico, como última opción en la intervención (ver capítulo 3.1). ←</p> <p>En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</p>
<p>Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción. Idiosincrasia.</p>	<p>Interconsulta con clínica médica (eventual requerimiento de terapia intensiva).</p> <p>Tratamiento específico de cada cuadro</p>
	<p>Ver anexo 3 ←</p>
	<p>Ver anexo 3 ←</p>

ANEXO 2



Anexo 3

ESQUEMA DE REFERENCIA PARA EL ABORDAJE PSICOFARMACOLÓGICO

Los cuadros de Excitación Psicomotriz (EP) son preponderantes en las situaciones de urgencias y responden a etiologías (causas) de diferentes órdenes que van desde las más simples (episodio de ansiedad, ataque de pánico, etc.) a las más complejas (descompensación psicótica, intoxicación con sustancias, etc.).

1. Si se tratase de estabilizar un episodio de EP: lo más aconsejable es el uso combinado de Haloperidol y de Lorazepam.

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.

El Lorazepam, al ser relajante muscular, disminuye la aparición de disquinesias precoces que se pueden presentar con el primero (distonías cervicofacial, buco-lingual y faríngea o de otros grupos musculares).

Tener en cuenta: el Lorazepam es la benzodiazepina de acción más sedativa siempre y cuando se respete su uso a corto plazo, por alto poder adictivo y que en muchos casos puede producir “efecto paradójal”, es decir, estimular más que sedar, sobretodo en personas ancianas (insomnio pertinaz).

No es aconsejable: el uso de antipsicóticos típicos sedativos como la Clorpromazina (Ampliacil), Levomepromazina (Nozinan) y Prometazina (Fenergan) por ser bloqueantes alfa adrenérgicos, pudiendo generar efectos contraproducentes (hipotensión, arritmias, etc.), sobretodo en personas con antecedentes cardiovasculares previos.



Esquema de referencia (2)

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/adolescentes: Niños 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 o 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 horas.
- ▶ En niños 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 horas.

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 administrados. 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 antipsicóticos atípicos: Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Zuclopentixol (habitualmente utilizados en el tratamiento a mediano y largo plazo).

En caso de no contar con Lorazepam, reemplazar por Clonazepam (sublingual o vía oral) o Diazepam con las precauciones recomendadas.



Fármacos alternativos - Dosis recomendadas

Risperidona: comprimido 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 h (para una dosis de inicio de 10 mg) o de 4 h (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 horas.

Clonazepam: 0.5 a 1 mg cada 2 a 4 horas 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.

2. Si se tratase de abordar un episodio de inhibición psicomotriz:

No usar los fármacos descritos para EP ya que agravaría la situación. Evitar el uso de drogas que afecten el sensorio (estado de conciencia).

3. Si se tratase de estados confusionales:

No usar los fármacos descritos para EP ya que agravaría la situación. Aunque puede producirse un cuadro de EP, la conducta será más expectante, por ejemplo, con usos controlados de Haloperidol. Atender el cuadro orgánico de base.

4. Si se tratase de estados confusionales - crisis de ansiedad (conocido como Panik Attack, Ataque de Pánico):

los cuidados psico-socio-terapéuticos son fundamentales para reducir el miedo con intervenciones aclaratorias de su estado. Generalmente, con Alprazolam o Clonazepam es suficiente para reducir la sintomatología (siempre recordar la posibilidad del “efecto paradójal” de dichas sustancias).

5. Si se tratase de estado delirante/alucinatorio:

descartar, siempre, que no se trate de organicidad. Cuando es psicógeno, lo más aconsejable es el uso combinado de Haloperidol+Lorazepam (buscando preponderantemente efecto incisivo del Haloperidol).

6. Si se tratase de intento de suicidio:

de acuerdo a la gravedad o intencionalidad manifiestas, será la elección del fármaco desde ansiolíticos a fármacos utilizados para EP.

7. Si se tratase de intento de intoxicación con sustancias:

la elección del fármaco a utilizar va a depender del estado del sensorio de la persona: deprimido o excitado, conducta expectante. Reducción parcial de síntomas con dosis menores a una EP.

Anexo 4

REDES Y SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CÓRDOBA

1. Consideraciones complementarias relativas a redes



Para intervenir en las situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental, fuera del ámbito de internación hospitalario y con base en la comunidad, se deben conocer:

- › los recursos profesionales e institucionales disponibles;
- › los efectores de salud que se articulan entre sí y con otros sectores (educación, desarrollo social, trabajo, cultura);
- › los lazos sociales y vinculares del usuario/a, en tanto redes de apoyo (lazos familiares, de amistad, solidaridad, trabajo, de servicios de salud, entre otros);
- › los recursos con que cuentan la persona y comunidades para afrontar la situación.

Para priorizar la continuidad de cuidados y articulación de recursos en el abordaje comunitario en salud mental, se deben construir o fortalecer redes.

Para construir redes es necesario identificar *desde qué lugar o desde qué modelo el equipo de salud pretende construir una red*.

Para planificar estrategias de abordajes en la comunidad, no se deben considerar únicamente como red a las instituciones o dispositivos ya establecidos (redes formales). Los itinerarios de intervención predefinidos pueden no coincidir con la posibilidad de la persona de acceder, apropiarse, ser parte, o sentirse contenida por ese entramado.

Las intervenciones en salud mental deben priorizar la promoción y/o fortalecimiento de la red primaria del usuario/a. Es necesario que las redes desde las cuales se interviene estén lo suficientemente fortalecidas para alojar a la persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad por causa de su sufrimiento. Incluir la red primaria del usuario/a implica la tarea de incorporar, como parte de la estrategia terapéutica del equipo interdisciplinario, a otros actores sociales como familia, pareja, amigos, grupos artísticos, grupos recreativos, instrucciones educativas, entre otros.

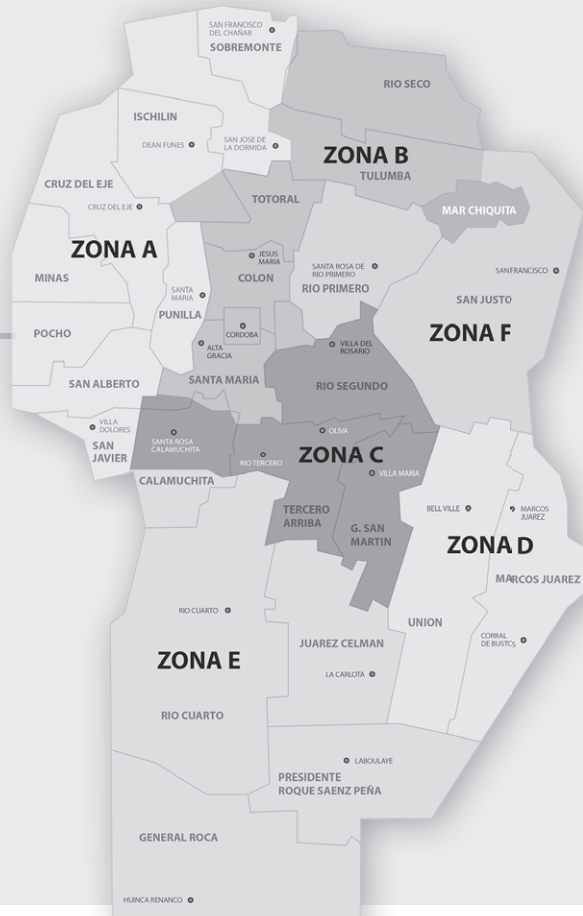
2. Sistema de Salud Mental en Córdoba

Según datos obtenidos del cuadernillo de *Red Prestacional* –elaborado por el Ministerio de Salud, Secretaría de Salud Mental de la provincia de Córdoba en el año 2016 (32)–, el organigrama correspondiente a la Secretaría de Salud Mental, las zonas de Integración Sanitaria de Salud Mental, y las instituciones y servicios de Salud Mental de la provincia de Córdoba se organizan de la siguiente manera:

Organigrama Secretaría de Salud Mental



Zonas de Integración Sanitaria de Salud Mental en la provincia de Córdoba



Instituciones y servicios de Salud Mental de la provincia de Córdoba: efectores

Se indican a continuación los efectores de salud mental que conforman la red prestacional de la provincia de Córdoba ⁽³²⁾



Equipos de Atención Comunitaria (E.A.C)

Equipos interdisciplinarios, en su mayoría ubicados en centros de salud municipales de la ciudad de Córdoba, en áreas periféricas.

Las acciones de estos equipos, suponen: seguimiento directo de los pacientes dados de alta de las instituciones monovalentes o de los servicios de salud mental de hospitales generales; participar en los programas de Atención Primaria de los centros de salud; atender a la demanda espontánea y/o institucional; desarrollar programas y actividades de promoción y prevención en salud mental, epidemiológicos, de formación e investigación; apoyar, asesorar, planificar y/o cooperar en programas específicos con otros sectores de la comunidad, pertenecientes o no al ámbito sanitario; articular acciones intersectoriales, interjurisdiccionales e interinstitucionales en los niveles de prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental; articulación con otros efectores de la red para la remisión de problemáticas que superen el nivel de complejidad.

Los EAC distribuidos en la provincia son:



- ▶ **Ciudad de Córdoba:** E.A.C. N°7 Pueyrredón; E.A.C. N°12 Ferreyra; E.A.C. N°21 y 60 Marqués de Sobremonte y Anexo; E.A.C. N° 29 y 52 Villa Siburu-Villa Urquiza; E.A.C. N° 23 Rosedal Anexo; E.A.C. N° 27 y 24 Llamadrid-Cupan; E.A.C. N° 33 Argüello; E.A.C. N° 41 Villa El Libertador; E.A.C. N° 42 Comercial; E.A.C. N° 44 y 93 Bella Vista-Villa La Tela; E.A.C. N° 46 Santa Isabel II Sección; E.A.C. N° 48 Villa Azalais; E.A.C. N° 53 Inaudi; E.A.C. N° 54 Los Boulevares; E.A.C. N° 56 Empalme; E.A.C. Argüello IPV; E.A.C. N° 58 Maldonado; E.A.C. N° 63 Parque República.
- ▶ **Interior Provincial:** E.A.C. Santa María de Punilla; E.A.C. Unquillo; E.A.C. La Granja.

Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS)

En la provincia hay 16 centros de atención primaria de la salud. Entre las prestaciones que se le asignan, se indica: orientación para padres, talleres para padres; asesoramiento y/o derivación con problemáticas de aprendizaje.

Ciudad de Córdoba: CAPS Z.E.P.A; CAPS El Chingolo III; CAPS General Savio; CAPS Grierson; CAPS Ciudad Mi Esperanza; CAPS Villa Retiro; CAPS Ciudad de los Cuartetos; CAPS Ciudad de los Niños; CAPS Villa Angelelli; CAPS Ciudad Ampliación Ferreyra; CAPS Ciudad Juan Pablo Segundo; CAPS Ciudad Sol Naciente; CAPS Ciudad de Mis Sueños; CAPS Ciudad Evita; CAPS Ciudad Ampliación Cabil-do; CAPS Ciudad Parque las Rosas.

Interior Provincial: CAPS Carlos Paz; CAPS La cumbre.

Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales

Córdoba cuenta con 21 servicios de salud mental en hospitales generales en el interior de la provincia y 10 en Córdoba capital.

Estos intervienen coordinadamente con los otros niveles del sistema. Realizan admisión, diagnóstico, tratamiento y actividades vinculadas a los diferentes niveles de prevención. Atienden demanda por derivaciones intra e interinstitucional, consultorio externo articulando con el primer nivel de atención.

Las acciones que desarrollan suponen: atención intrahospitalaria, trabajo en sala, guardia y UTI; implementación de programas preventivos y asistenciales de salud mental o inter servicios para abordar problemáticas prevalentes o específicas que se atiendan en cada unidad de salud.

Los hospitales generales que abordan situaciones de crisis y/o de urgencia en salud mental son:

- ▶ **Ciudad de Córdoba:** Hospital Materno; Hospital Materno Neonatal Ministro Dr. Carrillo; Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (Unidad de Internación Psiquiátrica); Hospital Pediátrico del Niño Jesús (atención de urgencias con guardia central); Hospital Misericordia; Hospital Rawson (atención en áreas de internación: guardia, UTI, UCI, pabellones); Hospital San Roque (internación breve); Hospital Tránsito Cáceres de Allende; Hospital Florencio Díaz (internación breve); Hospital Córdoba;
- ▶ **Interior Provincial - Zona A:** Hospital Domingo Funes/Villa Cairo; Hospital Aurelio Crespo/Cruz del Eje; Hospital Dr. Ernesto Romagosa/Deán Funes; Hospital provincial Luis M. Bellodi/Mina Clavero; Hospital Regional/Villa Dolores.
- ▶ **Interior Provincial - Zona B:** Hospital Vicente Agüero/Jesús María; Hospital



Dr. Arturo U. Illia/ Alta Gracia; Hospital Materno Infantil Arturo Illia/La calera; Hospital Regional J.M Urrutia/Unquillo.

- ▶ **Interior Provincial - Zona C:** Hospital San Vicente de Paul/Villa del Rosario; Hospital Zonal/Oliva; Hospital Pasteur/Villa María; Hospital Provincial/Río Tercero; Hospital Regional Eva Perón/Santa Rosa de Calamuchita.
- ▶ **Interior Provincial - Zona D:** Hospital Dr. Pedro Vella/Corral de Bustos (internaciones breves); Hospital Dr. Abel Ayerza/Marcos Juárez.
- ▶ **Interior Provincial - Zona E:** Hospital San Antonio de Padua/Río IV; Hospital R. J. Cárcano/Laboulaye.
- ▶ **Interior Provincial - Zona F:** Hospital J. Iturraspe/San Francisco; Hospital Dr. Bautista Mestre/Santa Rosa de Río Primero.

Instituciones y Dispositivos Monovalentes Intermedios

El Ministerio de Salud indica que estas instituciones y dispositivos están destinados a pacientes con patologías severas o de menor gravedad, o con problemáticas psicosociales de riesgo que pueden ser contenidos mediante tratamientos ambulatorios específicos e intensivos. La modalidad de atención puede incluir: programas o dispositivos preventivos o asistenciales, de media jornada o completa, con actividades terapéuticas, creativas, recreativas, rehabilitación, laborales, culturales, educativas, etc. Estas pueden desarrollarse en abordajes individuales, familiares, grupales o comunitarios. Las instituciones y dispositivos bajo esta modalidad son:



- ▶ **Córdoba Capital:** Hospital de Día de Promoción, Prevención y Psicoasistencia; Centro Integral Infanto Juvenil; Casa del Joven; Centro de Rehabilitación Sociolaboral; Casa de medio camino.
- ▶ **Interior Provincial:** Hospital de Día en Adicciones/Santa María de Punilla; Centro de Rehabilitación Sociolaboral/Santa María de Punilla; Residencias Protegidas/Valle de Punilla; Hogar de Día El Sendero/La Falda; Centro de Día/Cosquín; Hospital de Día en Salud Mental de Traslasierras/Las Tapias; Hospital de Día "Haciendo Caminos" /Bell Ville; Hospital de Día/Río IV.

Instituciones Monovalentes

Establecimientos de mayor complejidad, dedicados exclusivamente a la asistencia de la población con problemáticas en salud mental. Asisten patologías agudas, con posibilidades de internación en situaciones de urgencia. Funcionan: consultorio externo y rehabilitación. Las instituciones monovalentes con internación de la provincia son:



- **Ciudad de Córdoba:** Hospital Neuropsiquiátrico Provincial; Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicciones (I.P.A.D); Centro Psicoasistencial (C.P.A).
- **Interior Provincial:** Hospital Colonia/ Santa María de Punilla; Hospital Dr. Emilio Vidal Abal/Oliva; Hospital Dr. José A. Ceballos/ Bell Ville; Anexo I y II Neuropsiquiátrico. Hospital Aurelio Crespo/Cruz del Eje.

Programas Provinciales

Programas para el abordaje de problemáticas psicosociales emergentes, que afectan a diversos sectores de la población e implican vulnerabilidad y/o riesgos. Se realizan abordajes interdisciplinarios, articulaciones interinstitucionales, interjurisdiccionales e intersectoriales.



- **Ciudad de Córdoba:** Programa de Atención Integral a Ex Combatientes de Malvinas y su Familia/Casa del Joven; Programa Provincial de Prevención y Atención del Tabaquismo/Viejo Hospital San Roque; Programa de Atención Prejudicial Psiquiátrica/HNP; Programa Provincial de Atención Familiar en Salud Mental/ Hospital de Día en Salud Mental-Viejo Hospital San Roque; Programa Provincial Cuidar a Cuidadores/Secretaría de Salud Mental-Viejo Hospital San Roque.

Anexo 5

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para el/la usuario/a y Consentimiento Informado

Para obtener su Consentimiento Informado (autorización), se utilizará este documento que contiene dos partes:

1ª parte: Hojas informativas.

2ª parte: Formulario de Consentimiento Informado (para que usted firme).

Se solicita que lea atentamente el siguiente material para asegurar que está informado/a sobre su situación de salud, la intervención que realizarán los/as profesionales, sus derechos y la forma en que usted puede participar en el tratamiento, si diera autorización para hacerlo.

La firma del formulario de Consentimiento Informado indicará que usted ha sido correctamente informado/a y que acepta, por voluntad propia, que el equipo interdisciplinario intervenga para colaborar en la mejoría de su estado de salud actual.

Se le solicita que realice todas las preguntas que desee al profesional que está a cargo de brindarle información, en este momento y en cualquier otro que usted necesite.

Puede usted hablar y consultar con sus familiares, acompañantes, referentes u otras personas más próximas, sobre la intervención que va a realizar el equipo de salud.

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

1. Hojas informativas (sobre su situación, estado de salud, derechos e intervenciones del equipo de salud)

Datos del servicio de salud mental

- › Fecha:.....
- › Lugar en donde se desarrolla la intervención:
-

Responsables e integrantes del equipo interdisciplinario que lo asistirán

- › Nombres y apellidos:.....
- › Profesión/es:.....

Motivos y propósitos de la intervención del equipo de salud

.....

.....

.....

.....

Esta forma de atender a su problemática puede ser efectiva porque:

- › aliviará su malestar;
- › le posibilitará mantenerse en contacto con su familia o amigos y volver a su casa, barrio, trabajo, escuela en el menor tiempo posible.

Sobre sus derechos

Usted, mientras que es asistido/a por el equipo de salud, tiene derecho a:

- › ser escuchado/a por el equipo de salud;
- › participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento;

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

- › modificar su deseo de continuar con el tratamiento;
- › que se priorice siempre su integridad psíquica, física, material, social y que se respeten sus decisiones (siempre que esto no sea un riesgo para usted u otros);
- › que se registren de manera correcta los datos en su historia clínica, y a solicitar información sobre lo que allí se escribió;
- › ser atendido/a por un equipo de salud con profesionales de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras);
- › regresar lo antes posible a su vida familiar, laboral, social y comunitaria;
- › no ser discriminado/a y a ser atendido/a en toda institución de salud y en la zona o ámbito comunitario más próximo;
- › que los profesionales aseguren la confidencialidad de la información sobre su salud. Esta información solo podrá ser compartida con otras personas si usted autoriza, o si usted estuviera en situación de riesgo;
- › que se proteja su privacidad;
- › ser informado/a de manera clara y comprensible sobre sus derechos y todo lo relacionado a su salud y tratamiento. Esto también aplica para sus familiares, representantes legales o personas más cercanas. Las preguntas se las puede hacer a
- › que se respeten las indicaciones que usted haya dado anteriormente sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, terapéuticos, preventivos o paliativos, y cualquier decisión vinculada a este tema. Estas “decisiones anticipadas” deberán haber sido previamente documentadas por los medios correspondientes.

El equipo de salud y todo el personal que participa en su tratamiento se ocupará de:

- › su seguridad física y emocional;
- › su cuidado, y que se evite cualquier tipo de daño que usted pudiera sufrir. Usted puede acudir a los profesionales si siente que en algún momento no se siente seguro/a;
- › que se contenga y ayude a las personas que lo/a acompañan o las más cercanas a usted.

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

Las primeras medidas que tomará el equipo de salud son:

- › solicitar sus datos;
- › tomar medidas de cuidado para con usted y sus acompañantes;
- › realizar una evaluación de su persona y de la situación que le provocó malestar (aspectos generales, examen físico, emocional, etc.).

Los controles sobre el progreso de la intervención se realizarán del siguiente modo:

- › el equipo de profesionales lo/a acompañará permanentemente y usted puede opinar o consultar sobre su tratamiento, en cualquier momento;
- › las acciones que realizarán los profesionales para aliviar su malestar fueron revisadas y aprobadas por un comité de ética que se ocupa de verificar que los equipos de salud respeten sus derechos como lo indican las Leyes de Salud Mental (26.657 y 9.848);
- › el comité de ética revisará las acciones de los/as profesionales en el caso de suceder alguna irregularidad (de haber alguna dificultad);
- › se notificará al organismo que revisa localmente el funcionamiento de las instituciones y equipos de salud mental, en los casos que sea necesario;
- › se mantendrá al tanto a usted, a su familia o a las personas más allegadas, sobre la evolución que usted vaya presentando.

Procedimientos durante situaciones de urgencia: El profesional debe marcar la opción que corresponda, debe completar el formulario y debe comunicarle a usted las implicancias de la selección. Es decir, en qué consiste cada una.

- › Abordaje psicosocial/psicoterapéutico: Sí – No – por qué - beneficios a corto y largo plazo

.....

.....

.....

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

▶ Abordaje psicofarmacológico: Sí – No – por qué – cuáles - beneficios y efectos adversos a corto y largo plazo -vía de administración- fármacos alternativos

.....
.....
.....

▶ Sujeción mecánica (como última opción): Sí – No – por qué- duración - cuidados que se tendrán - información permanente - beneficios y riesgos a corto y largo plazo

.....
.....
.....

▶ Internación voluntaria: Sí – No – por qué – dónde - duración - alternativas - beneficios a corto y largo plazo

.....
.....
.....

▶ Internación involuntaria: Sí – No – por qué – duración – alternativas - riesgos para usted u otros- beneficios y riesgos a corto y largo plazo

.....
.....
.....

▶ Vínculos, contacto y comunicación con su entorno familiar, comunitario o social: Sí – No – por qué – duración – alternativas - beneficios y riesgos a corto y largo plazo

.....
.....
.....

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

Procedimientos durante situaciones de crisis. El profesional debe marcar la opción que corresponda, debe completar el formulario y debe comunicarle a usted las implicancias de la selección. Es decir, en qué consiste cada una.

- ▶ ¿Inicia con este procedimiento después de una situación de urgencia? Sí - No

- ▶ ¿Inicia con este procedimiento sin que haya ocurrido una situación de urgencia? Sí - No

- ▶ Abordaje ambulatorio: Sí - No - por qué - articulaciones posibles - condiciones - beneficios y riesgos a corto y largo plazo - duración - modalidad

- ▶ Articulación con su red social, familiar, comunitaria: Sí - No - por qué - articulaciones posibles - beneficios y riesgos a corto y largo plazo.

- ▶ Articulación con otros dispositivos (hospitales generales, centros de día, equipos comunitarios, casas de medio camino, casas de convivencia, hospitales de día, etc.): Sí - No - por qué - beneficios y riesgos a corto y largo plazo.

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

- ▶ Articulación con áreas de vivienda, trabajo, educación: Sí – No – por qué - beneficios y riesgos a corto y largo plazo

.....
.....
.....

- ▶ Abordaje psicosocial/psicoterapéutico: Sí – No – por qué - beneficios y riesgos a corto y largo plazo

.....
.....
.....

- ▶ Abordaje psicofarmacológico: Sí – No – por qué – cuáles - beneficios y efectos adversos a corto y largo plazo - vía de administración - fármacos alternativos

.....
.....
.....

- ▶ Programa de seguimiento, cuidados y acompañamiento: Sí – No – por qué - pautas de seguimiento - beneficios y riesgos a corto y largo plazo - referentes (un familiar, amigo, vecino, institución, otro)

.....
.....
.....

- ▶ Evaluación de las estrategias implementadas: Sí – No – por qué - objetivos a corto y mediano plazo - recursos utilizados

.....
.....
.....

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

- › Revisión del diagnóstico situacional: Sí – No – por qué - cómo – cuándo – dónde - con quién

.....

.....

.....

Sobre el costo de la intervención:

- › los costos (diferentes gastos) que tendrá por la intervención son:
-
- › los gastos para garantizar el acceso/continuidad del tratamiento/intervención que se propone establecer, serán cubiertos por:
-

Responsabilidades del usuario/a, familiares o referentes:

.....

.....

.....

Primeros acuerdos entre equipo y usuario/a, familiares o referentes:

.....

.....

.....

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

2. Formulario del CI: lugar donde se registra que usted acuerda voluntariamente con los compromisos especificados en las hojas de información.

Antes de dar mi consentimiento para que se lleve a cabo la intervención, dejo constancia de que he sido informado/a por el equipo interdisciplinario acerca de las posibilidades de intervención, los métodos que utilizará el equipo, de los beneficios y consecuencias de no acceder a la intervención, así como la posibilidad de retirar mi consentimiento mientras esté siendo asistido/a, pudiendo modificar mi voluntad dada con anterioridad.

He leído y recibido una copia escrita con resumen de esa información. El o los profesionales han contestado a todas las preguntas que he realizado respecto al proceso de intervención y firman el presente confirmando lo dicho.

Acepto voluntariamente que se lleve a cabo la intervención, firmo el presente consentimiento y se me entrega un ejemplar original firmado por mí y por el profesional que guio la firma del consentimiento informado.

Institución donde se desarrolla la intervención:

- › Nombre:.....
- › Dirección:

Usuario/a:

- › Nombre y apellido:
- › Fecha de nacimiento (día/mes/año):
- › DNI:
- › Fecha de firma (día/mes/año):
- › Firma:

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

Testigo/acompañante (de corresponder)

- › Nombre y apellido:
- › DNI:
- › Domicilio:
- › Fecha de firma (día/mes/año):
- › Firma:

Persona de contacto:

- › Aclaración del nombre y apellido:
- › Relación con el/la usuario/a (familiar, amigo, etc.):
- › Número de teléfono:

Profesional/les del equipo interdisciplinario que guio el proceso del CI

- › Nombre y apellido:
- › Fecha de firma (día/mes/año):
- › Matrícula Profesional:
- › Firma:

Lugar (ciudad) de firma del CI:

.....

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética



¿Quiénes y cómo deben firmar el CI?

- ▶ Las personas que participan del proceso del CI son: el/la usuario/a o su representante legal, la persona integrante del equipo interdisciplinario que conduce la toma del consentimiento y el/los testigos (acompañantes del usuario/a e integrantes del equipo interdisciplinario).
- ▶ Todos los involucrados en este proceso deben firmar, aclarar su nombre, escribir el DNI, la fecha y hora en que firmaron el formulario del CI. Esta información debe completarse en los casilleros correspondientes del formulario. Es recomendable que todos utilicen la misma lapicera (para indicar contemporaneidad).
- ▶ Es aconsejable que la persona que conduce el CI lea cuidadosamente una vez completado el documento para detectar errores que el/la usuario/a, testigo o persona que conduce el proceso pudiera haber cometido. En este caso deberán ser enmendados en el mismo documento, en el mismo momento, los cambios deben ser fechados poniendo las iniciales del participante que se ha equivocado y explicados (corregidos), sin tapar el registro original.
- ▶ En el caso de haberse omitido algún dato, se deberá incorporar el dato con fecha del momento en que se ingresa la información, comentando las razones por las cuales se ingresa en forma tardía en el mismo documento, y se deberá registrar esta enmienda también en la HC y en el sistema de datos digital.

Consentimiento Informado	
Institución:	
Versión: 01	
Fecha: noviembre 2017	
Página de	Firma-Sello-Fecha Comité de Bioética

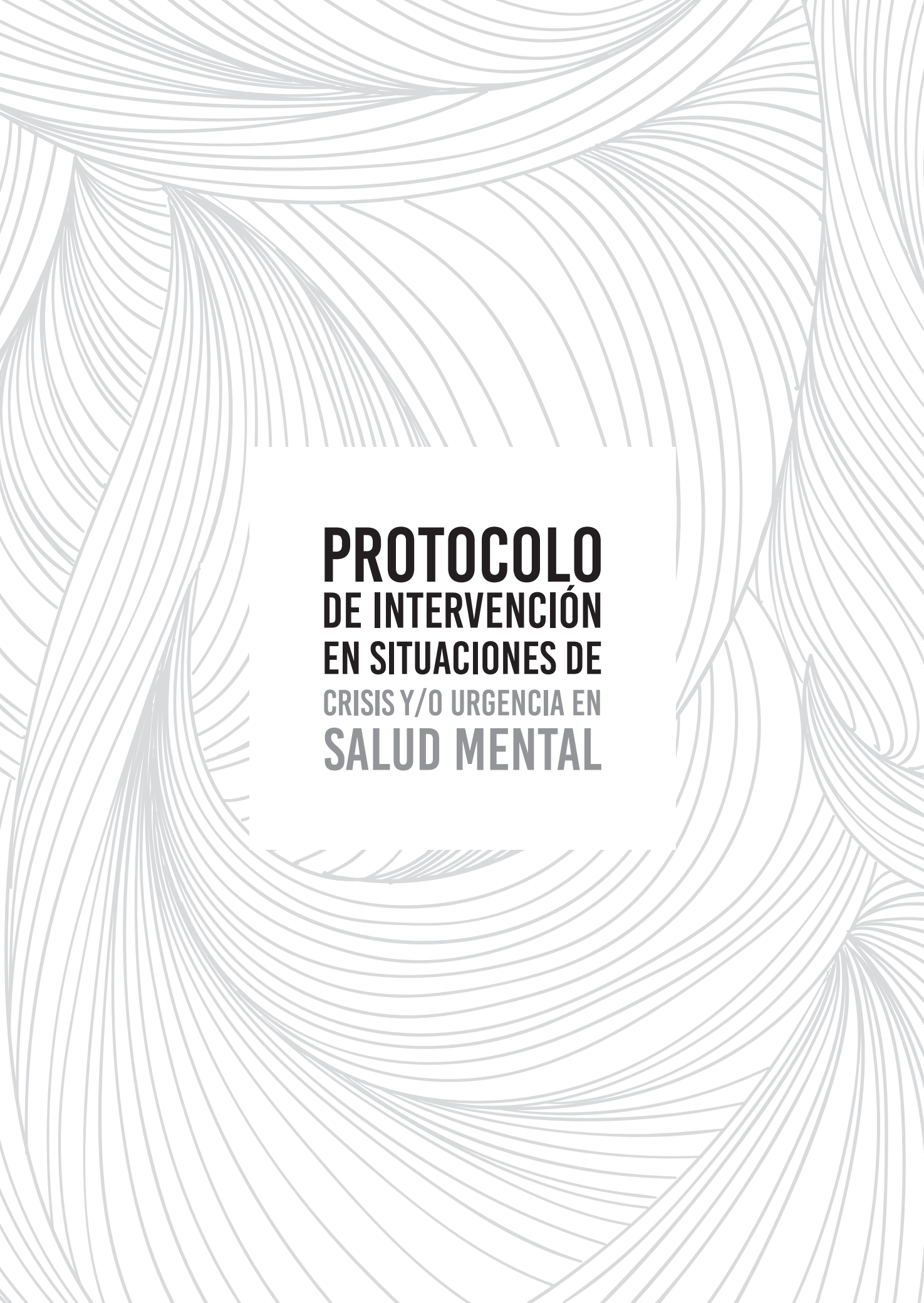
Referencias bibliográficas

1. Ley Nacional de Salud Mental 26.657; *Decreto Reglamentario 603/2013*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; 2010.
2. Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación *Lineamientos para la Atención de la Urgencia, en Salud Mental*. [Online] 2013; Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000294cnt-2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf
3. Órgano de Revisión Nacional de la Ley Nacional de Salud Mental Ley 26.657. Último Informe de situación del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657. Hospitales Psiquiátricos de Córdoba. Informe elaborado en base a las visitas realizadas durante los días 2 y 3 de junio- 2015. Presidencia de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina; 2015. Recuperado de: <http://www.redsaludmental.org.ar/2015/09/ultimo-informe-de-situacion-del-organo-de-revision-nacional/>
4. Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba cap. Salud mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción /Lucía Bonafé- 1ª ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; editorial de la Universidad Nacional de Río IV, 2014. ISBN 978-950-33-1108-0
5. Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba /Lucía Bonafé- 2ª ed. (2015). Cap. 3 “El derecho a la salud mental: Viejos problemas, nuevos desafíos, Córdoba”, Observatorio de Salud Mental y DDHH. Universidad Nacional de Córdoba; editorial de la Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina: UNC. ISBN 978-950-33-1201-8; 2015. p. 131. Recuperado de: <http://www.apm.gov.ar/sites/default/files/Informe-2014-CPM-Cba-Mirar-tras-los-muros-II%20%281%29.pdf>
6. Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS. *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la extenuación del manicomio*. 1st ed., editor. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios Legales y Sociales. ISBN 9789872908058; 2016. Recuperado de: <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/#prologo>
7. Ley 9848; Reglamentación Decreto N° 1022/11- 2012. Córdoba; 2010.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Fundación Victorian para la promoción de la salud (VicHealth); Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht .ed.; Ginebra 2004 ISBN 9241595- (NLM clasificación: WM 31.5)
9. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*; 1991.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS) *Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental*. Washington; 2009. Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
11. Ley 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones*. Argentina; 2009. p. inc. e, art. 4.
12. Ley 17.132. *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. Argentina; 1967. p. Art.11.
13. Ley 26061 (2005). *Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. In. Argentina; 2005.
14. Ley 9944 (2011). *Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en la Provincia de Córdoba*. Córdoba, Argentina; 2011.
15. M. Bialer y otros. *La urgencia. El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria*. Ricardo Vergara ed. Urgencia. edit. Buenos Aires, Argentina; 1989.
16. Zeferino, María Terezinha; Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental*.ed. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa; Brasil 2014. ISBN: 978-85-8328-020-0
17. Echeburúa, E.; De Corral P. Universidad del País Vasco (España). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?* 2007.

18. Hospital en Red. ¿Cómo intervenir en las Urgencias?: Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte; 2014.
19. Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE. *Contención y Crisis. Avances en Salud Mental Relacional*. Revista Internacional on-line. 2007; 6(2).
20. Ceballos, F. "La producción de cuidados de enfermería en la urgencia de salud mental. Argentina 2016.
21. Organización Panamericana de la Salud-OPS. "*Salud mental en la comunidad, segunda edición*". 49th ed. Panamá; 2009 ISBN: 978-92-75-33065-4.
22. Residencia psicología comunitaria. Primer nivel de atención; Ministerio de salud pública. Salta, Argentina 2008. Recuperado de http://www.psicopol.unsl.edu.ar/marzo08_08.pdf
23. Stolkiner, A; Ardila Gómez, S. "*Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*". Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. 2012. 23(101), pp. 57-67. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>
24. Martínez Alcorta, J. A. Infojus. Sistema Argentino de información jurídica. [Online]; 2015. Available from: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/07/doctrina41460.pdf>
25. Zukerfeld, R. "*Psicoanálisis interdisciplinario y Salud Mental*" en Ferrari H. y Zac De Filc, S. Desafíos al Psicoanálisis en el siglo XXI, Ed Polemos, Buenos Aires 2002
26. CELS. *La práctica pericial respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Guía de trabajo para operadores del sistema de justicia*. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: 68 páginas / 14x20 cm; 2013.
27. Ley 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. In; 2014.; Argentina. p. Art. 31, 26 y 43 ss. y cc.
28. Ley Provincial N° 10.058. *Declaración de voluntad anticipada. Muerte digna*. Córdoba, Argentina; 2012.
29. Organización Mundial de la Salud-OMS. *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. OMS ed. Panamá; 2010.
30. Fundación Rusculleda. *Capítulo II: Consentimiento Informado. Curso para coordinadores de Estudios*. 2006.
31. Fernández Márquez, L. Modelo de Intervención en crisis. Master grupo Luria. España 2010
32. Gobierno de la Provincia de Córdoba- "*Cuadernillo red prestacional*" Ministerio de Salud- Secretaría de Salud Mental. Argentina 2016.

Otros autores consultados

- Galende, E. "*El conocimiento y prácticas de salud mental*". 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, ISBN 978-950-892-481-0; 2015.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. *Guía Básica Criterios y Sugerencias para la adecuación y el Desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental*. 2014.
- Martínez, A. G. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Contención en Salud Mental? Internacional de Investigación y Práctica, V Congreso Profesional en Psicología, XX Jornada de Investigación, Noveno encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina 2013.
- Universidad Nacional de Lanús. "*Salud mental y comunidad*." UNLA N° 2 - 2012. ISSN 2250-5768. Recuperado de saludmentalycomunidad@unla.edu.ar
- Agamben, G. "*Estado de excepción*". Homo sacer I y II Costa TFCel, editor. Argentina: Hidalgo; 2005.



**PROTOCOLO
DE INTERVENCIÓN
EN SITUACIONES DE
CRISIS Y/O URGENCIA EN
SALUD MENTAL**

Este protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental, fue elaborado entre la Comisión de salud mental del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba y el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

Pensar en protocolizar prácticas complejas, donde la multiplicidad de actores y contextos son diversos; implicó construcción y deconstrucción de saberes para poder mirar desde un abordaje integral de la salud mental con enfoque de derechos, tal como lo plantean la Ley Nacional 26.657 y la Ley Provincial 9.848 de Salud Mental.

Estos lineamientos son un instrumento destinado a todos los integrantes de los equipos de salud, de forma tal que la crisis y/o la urgencia en salud mental puedan ser asistidas en cualquier instancia de la red de servicios sanitarios y sociales.

De tal manera, el protocolo pretende constituirse en una herramienta con recomendaciones para orientar el proceso terapéutico de situaciones críticas, en los distintos dispositivos y estrategias planteadas por los marcos normativos vigentes en la materia, anclado en el modelo universal de protección de los derechos humanos. Aspira a ser una guía útil y adecuada que acompañe a los profesionales en el proceso de transformación en el campo de la salud, facilitando la descentralización de la atención, promoviendo el dinamismo inter-equipos, contribuyendo a la interdisciplina y al trabajo intersectorial (educación, trabajo, desarrollo social, justicia, entre otros), acompasando la eliminación del uso de las salas de aislamiento y promoviendo la concreción de procesos terapéuticos acordes a dicha normativa.

