

Salud Mental  
en el Primer Nivel  
de Atención:

# Uso Apropiado de Psicofármacos

1° Edición-Abril 2023



# AUTORIDADES

---

**Presidente de la Nación**

Dr. Alberto Fernández

**Ministerio de Salud de la Nación**

Dra. Carla Vizzotti

**Secretaría de Acceso a la Salud**

Dra. Sandra Tirado

**Subsecretaría de Medicamentos e  
Información Estratégica**

Dra. Natalia Grinblat

**Dirección Nacional de Medicamentos  
y Tecnología Sanitaria**

Dr. Emiliano Melero

**Dirección de Medicamentos Esenciales,  
Insumos y Tecnología**

Lic. Gisela Soler

**Coordinación Programa  
Nacional Remediar,**

Farm. María Eugenia Debiassi



# Autores y revisores

## TRAPS:

**Programa de capacitación. Salud Mental en el Primer Nivel de Atención**

### Autores 2022

#### Módulo 1: Salud Mental Comunitaria

*Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir*

**Mario Mazzeo.** Farmacéutico.

*Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria*

### Revisores 2022

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

*Lic. Paula Galatro, Méd. Jose E. Correa, Lic. Adriana Krasinsky, Méd. Federico Beines, Med. Alejandro Brain, Lic. Martín Cagide, Lic. María Paz Infanti, Lic. Guadalupe Irisarri, Med. Paula Rovetto, Lic. Silvia Cardozo, Lic. Brian Romano.*

*Dirección de Medicamentos Esenciales, Insumos y Tecnología Sanitaria*

*Lic. Silvina Iannaccio, Lic. Cristina Ratto.*

*Asociación de Psiquiatras Argentinos - APSA*

*Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte"*

*Farmacéutico Emanuel Romero, Farmacéutico Gabriel Molina, Méd. Gabriel Hagman, Méd. Christian Rivero.*

### Autores 2021

#### Módulo I: Salud Mental Comunitaria

**Andrea Demasi.** Lic. en Comunicación Social.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral en Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

**Paula Rovetto.** Psicóloga.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

**Adriana Krasinsky.** Lic. en psicología.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

**Carolina interlandi.** Dra. en psicología.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

#### Módulo II: Situaciones Clínicas Frecuentes en el Primer Nivel de Atención

**Jose E. Correa.** Médico psiquiatra.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

**Alejandro Brain.** Médico psiquiatra.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

#### Módulo III: Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas

**Martín Cagide.** Lic. en psicología. Sociólogo.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

**Federico Beines.** Médico psiquiatra.

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*



## **Módulo IV: Presentaciones Clínicas Prevalentes en Salud Mental**

**José E. Correa. Médico psiquiatra.**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

**Alejandro Brain. Médico psiquiatra.**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.*

## **Módulo V: Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes**

**María de la Paz Infanti. Lic. en psicología.**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

**Guadalupe Irisarri. Lic. en psicología.**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

**Adriana Krasinsky. Lic. en psicología.**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

**Federico Beines. Médico psiquiatra.**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

## **Coordinación editorial 2021**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

*Lic. Andrea Demasi. Lic. Adriana Krasinsky. Mg. Paula Rovetto.*

*Dirección de Medicamentos Esenciales, Insumos y Tecnología Sanitaria*

*Lic. Cristina Ratto. Lic. Silvina Iannaccio*

## **Procesamiento didáctico 2021**

*Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos*

*Lic. Adriana Krasinsky. Mg. Paula Rovetto.*

*Dirección de Medicamentos Esenciales, Insumos y Tecnología Sanitaria*

*Lic. Cristina Ratto. Lic. Silvina Iannaccio.*

## **Diseño y puesta en página**

*Dirección de Medicamentos Esenciales, Insumos y Tecnología Sanitaria*

*Mariel Valle. Diseño Gráfico I Área de Comunicación Social*

*Victoria Coulter. Diseño en Comunicación Visual I Área de Comunicación Social*

## **Autores 2015**

### **Introducción:**

**Leonel Tesler. Médico especialista en psiquiatría infanto juvenil.**

*Docente del Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, UBA. Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.*

### **Abordaje de personas con trastornos psicóticos en el primer nivel de atención:**

**Andres Rousseaux. Médico especialista en psiquiatría.**

*Ex jefe de residentes del Hospital Moyano. Ayudante de Cátedra de la materia Salud Mental de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.*

### **Trastornos del estado de ánimo; Otros motivos de consulta frecuentes; Trastornos de ansiedad; Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas:**

**Silvia Spina. Médica especialista en Medicina Familiar.**

*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad, INSSJP.*

**Problemáticas de salud mental infanto-juvenil:**

**Federico Beines.** Médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil.

Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de USAL y coordinador del equipo infanto-juvenil de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

**Riesgo y prevención de suicidio:**

**Juan Carlos Stagnaro.** Profesor regular titular.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

**Daniel Matusevich.** Médico especialista en psiquiatría.

Jefe de Sala de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Profesor titular del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

**Promoción del uso racional de los medicamentos en salud mental:**

**Matías Fonseca.** Médico especialista en Psiquiatría.

Secretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de La Nación.

**Recursos comunitarios para el abordaje de personas con consumo problemático: Redes estatales y no estatales**

**Silvina Iannaccio.** Licenciada en Trabajo Social. Programa Remediar.

Unidad del Uso Racional del Medicamento. Secretaría de Salud Comunitaria.

Ministerio de Salud de La Nación.

**Maria Luisa Morales.** Licenciada en Psicología.

Programa Remediar. Unidad del Uso Racional del Medicamento. Secretaría de Salud Comunitaria.

Ministerio de Salud de la Nación.

**Colaboradores en esta temática:**

**Analía Gil, Liliana González, Karina Renee, Fargas, Daniela Verónica Di Lorenzo, Martín Segovia, Guillermo Alfieri, Yemina Marzetti, Chevnik Debora, Rios Romilla.**

**Revisores 2015**

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de La Nación

**Dra. Analía Pena y Dr. Julián Zapatel.**

Asociación Neuropsiquiátrica Argentina

**Dr. Luis Ignacio Brusco.**

Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica

**Dr. Esteban Toro Martinez.**

Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

**Horacio Vommaro y Dr. Juan Carlos Stagnaro.**

Instituto Argentino de Adicciones.

**Dr. Jose Capece.**

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. ANMAT

**Dr. Federico Kaski**

**Coordinación editorial 2015**

**Méd. Romina Gaglio. Méd. Matías Fonseca.**

**Lic. Laura Castiñeira. Lic. Carolina Gorlero. Lic. Silvina Iannaccio**

**Procesamiento Didáctico 2015**

**Lic. Carolina Gorlero. y Lic. Laura Castiñeira**

**Curso: Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: uso apropiado de psicofármacos**





## INDICE

### Módulo I: Salud Mental Comunitaria

1. *Introducción al concepto de Salud Mental Comunitaria*
2. *Prácticas recomendadas en salud mental desde una perspectiva de derechos*
3. *Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.*

### Módulo II: Situaciones Clínicas Frecuentes en el Primer Nivel de Atención

4. *Trastornos del sueño.*
5. *Duelo.*
6. *Intentos de suicidio. Conductas autolesivas. Suicidio.*
7. *Crisis y urgencias en salud mental.*
8. *Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir.*

### Módulo III: Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas

9. *Los consumos problemáticos desde la perspectiva de la salud mental comunitaria. Introducción y conceptos básicos.*
10. *El abordaje integral de los consumos problemáticos desde la perspectiva de derechos. Introducción para el abordaje desde el Primer Nivel de Atención.*
11. *Herramientas de tamizaje y detección precoz. Evaluación diagnóstica integral. Elaboración de estrategias terapéuticas.*
12. *Situaciones de consulta frecuente en materia de consumos problemáticos.*
13. *Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.*

### Módulo IV: Presentaciones Clínicas Prevalentes en Salud Mental

14. *Trastornos del ánimo*
15. *Trastornos de ansiedad.*
16. *Trastornos psicóticos.*
17. *Presentaciones clínicas prevalentes en salud mental en personas mayores.*
18. *Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.*

### Módulo V: Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes

19. *Introducción a las problemáticas de salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes.*
20. *Introducción a las problemáticas frecuentes en Niños, Niñas y Adolescentes.*
21. *Introducción a las problemáticas graves en Niños, Niñas y Adolescentes.*
22. *Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.*

### Glosario de términos y siglas

173.

### Bibliografía

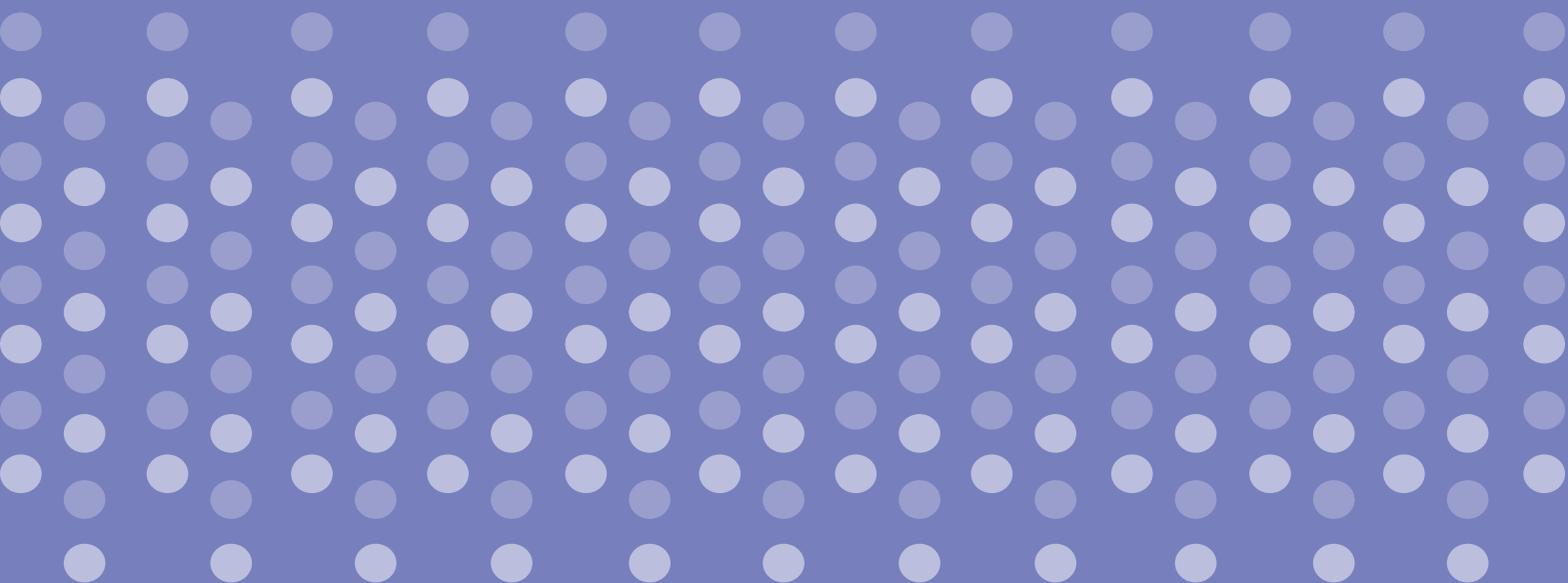
181.



# Salud Mental Comunitaria

## Módulo I

- 1 Introducción al concepto de Salud Mental Comunitaria
- 2 Prácticas recomendadas en salud mental desde una perspectiva de derechos
- 3 Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir





## Introducción al concepto de Salud Mental Comunitaria

La **Salud Mental Comunitaria** promueve una modalidad de atención centrada en la persona y su contexto social antes que en el viejo paradigma de la *"enfermedad mental"*. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 incorpora los textos de la Declaración de Caracas (OPS/OMS 1990) y de los Principios de Brasilia (2005). El primer texto brega por una *"atención comunitaria, descentralizada, participativa, continua y preventiva"*, a la que se agrega en los Principios de Brasilia el *"establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive"*. En estas normativas queda establecido el rol protagónico que debe cumplir el Primer Nivel de Atención.

La salud mental debe ser promovida y protegida allí donde ocurra un padecimiento, en el mismo lugar donde las personas desarrollan su vida cotidiana, en su comunidad. El componente de salud mental debería ser parte integrante de todos los abordajes de salud en el campo de acción del equipo interdisciplinario.

La complejidad del abordaje de la salud mental desde el modelo comunitario requiere de una permanente reflexión sobre la propia práctica, a partir de contextos locales siempre dinámicos y permanentemente desafiantes.

Por este motivo, es deseable que los equipos de salud cuenten con nociones básicas de salud mental que permitan promover el cuidado de esta desde una perspectiva integral, ponderando cuál es la estrategia terapéutica más adecuada en cada caso y contexto particular. En este sentido, resulta esencial que los equipos incluyan en su *"caja de herramientas"* una serie de nociones básicas sobre el uso apropiado de psicofármacos, de modo de poder acompañar integralmente la estrategia de abordaje.

### La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el marco de la legislación nacional e internacional vigente

Desde los primeros años del siglo XXI en Argentina, luego de largos años de políticas de corte neoliberal con las ya conocidas consecuencias negativas para la población, se generaron condiciones histórico-políticas para que el Estado asuma un rol rector en la generación de políticas basadas en principios éticos de Justicia Social y Derechos Humanos.

La recuperación del debate político en temáticas centrales sanitarias, sociales, económicas, educativas y culturales, de ciencia y tecnología, relaciones exteriores y comunicacionales, son muestra del terreno ganado en materia de derechos para los/as argentinos/as, de las cuales pueden mencionarse algunos ejemplos:

- Ley Nacional N° 24.788 - *Lucha Contra el Alcoholismo. Decreto Reglamentario N° 149/2009.*
- Ley Nacional N° 26.061 - *Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Decreto Reglamentario N° 415/06.*
- Ley Nacional N° 26.378 - *Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*

y su *Protocolo Facultativo*.

- *Ley Nacional N° 26.485 - Protección Integral de las Mujeres. Decreto Reglamentario N° 1011/2010.*
- *Ley Nacional N° 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario N° 1.089/2012.*
- *Ley Nacional N° 26.687 - Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de Productos Elaborados con Tabaco. Decreto Reglamentario N° 602/2013.*
- *Ley Nacional N° 26.743 - Identidad de Género. Decreto Reglamentario N° 1007/2012.*
- *Ley Nacional N° 27.130 - Prevención del Suicidio. Decreto Reglamentario N° 603/2021.*
- *Ley Nacional N° 27.611 - Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia - conocida como Ley 1000 días.*

Es en este clima de época que se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 después de dos años de discusión parlamentaria, en la cual diferentes organizaciones de la sociedad civil jugaron un rol fundamental participando de los debates. Se promulgó el 2 de diciembre de 2010, y se reglamentó tres años después, el 28 de mayo de 2013, bajo el **Decreto Reglamentario N° 603/2013**.

Precedida por varias normas provinciales, sigue los lineamientos marcados por diferentes resoluciones y declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) surgidas a partir de 1990, que refieren a la salud mental y a la protección de las personas con padecimiento mental. **La Declaración de Caracas (1990)**, como fue mencionado, establece la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, y está explícitamente incluida en la **Ley Nacional de Salud Mental**.

Asimismo, la adhesión de nuestro país a la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008)** mencionada más arriba, establece como referencia para el abordaje en la temática al **modelo social de la discapacidad**<sup>1</sup> y define a ésta última como una característica más dentro de la diversidad de las personas, y no como una característica excluyente que deba condicionar la vida de estas, o que determina su destino en un marco de discriminación y exclusión.

**La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) es la expresión del paradigma de Derechos Humanos en Salud Mental en nuestro país. Su objeto es asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional.**

El paradigma de derechos en salud mental tiene como fundamentos el respeto y la presunción de capacidad de todas las personas, de modo de habilitar la posibilidad de expresión de deseos y preferencias, así como la participación y el protagonismo en los procesos de toma de decisiones de todo lo referido al desarrollo de sus vidas, generando el sistema de apoyos necesarios en cada caso, con el objetivo de promover el mayor nivel de autonomía posible. Entendiendo que todas las personas tienen derecho a vivir en comunidad y a participar de la vida social y política en igualdad de condiciones respecto al resto de los ciudadanos.

Es decir, se sitúa a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho en un sentido amplio, en

<sup>1</sup> Para profundizar sobre este tema se sugiere ADESAM – Asociación por los derechos en Salud Mental (2017). *Derechos Humanos en Salud. En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.*

lugar de limitar sus figuras a las de “*pacientes a rehabilitar*” o meros objetos de tutela o caridad. En este sentido, en el artículo 3° **se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales** de toda persona.

Asimismo, la LNSM establece que el proceso de atención se debe realizar desde un “abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”, reforzando, restituyendo o promoviendo lazos sociales. Estos tres ejes: interdisciplina, intersectorialidad y Atención Primaria de la Salud se relacionan entre sí, en el territorio (art. 9, cap. V)

Desde esta perspectiva, la estrategia de Atención Primaria de la Salud favorece la atención accesible y personalizada, cercana al entorno y al lugar de residencia de la persona; lo que posibilita la capacidad de generar un abordaje integral. El equipo de salud interdisciplinario conformado por médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, agentes sanitarios/as, entre otros/as, desempeñan una tarea fundamental en el diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de las personas con padecimiento mental.

Los avances en su implementación desde el Primer Nivel de Atención favorecen no solo que las internaciones breves motivadas por crisis o episodios agudos en salud mental tengan lugar en los hospitales generales (Cap. VII y VIII), de modo de coadyuvar a la sustitución gradual y progresiva de los hospitales de internación monovalentes en salud mental hasta su sustitución definitiva (art. 27, Cap. VII), sino también identificar cuáles son aquellos dispositivos intermedios necesarios en la comunidad (de inclusión social, laboral, habitacional, artístico, deportivas, etc.) de modo de promover su creación o su mejor funcionamiento (Cap. V y VI), así como también alojar y asistir a personas que conviven con problemáticas psicosociales complejas como son las situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas (art. 4, Cap. II, Cap. V).

Asimismo, ésta normativa de relevancia central no puede ser plenamente desarrollada si no es puesta en diálogo y articulación constante con las más actuales normativas y medidas de gobierno impulsadas a nivel nacional sobre derechos de las personas con capacidad de gestar, visibilizando y dando herramientas de cuidado para poblaciones vulnerables tanto a los equipos de salud como al conjunto social, invitando a crear intervenciones respetuosas de los derechos sexuales y de género de las personas. Entre otras medidas, pueden mencionarse la Ley Nacional N°27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, sancionada junto con la Ley Nacional N°27.611 de Atención y Cuidado Integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia (Ley de 1000 días), o el Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género, por nombrar algunas de relevancia para todo el territorio nacional.

Finalmente, es necesario destacar que la existencia de un marco normativo y de políticas públicas no garantizan a priori el acceso o ejercicio pleno de derechos de las personas, ni la modificación de imaginarios y prácticas tradicionales arraigados en nuestra sociedad y cultura. Para esto, es preciso que tanto la sociedad, como los/as profesionales y las instituciones tanto formales como no formales, en el ejercicio cotidiano de sus funciones las conozcan, reconozcan y promuevan su ejercicio activamente.



## Epidemiología: algunos datos sobre la situación actual de los padecimientos mentales

Los diferentes tipos de padecimiento mental son problemas de alta prevalencia en América Latina. Según la OPS (2018)<sup>2</sup>, los padecimientos mentales, los trastornos neurológicos específicos y aquellos vinculados al consumo de sustancias, así como la problemática del suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad. Suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas.

En este sentido, se podría ubicar a los cuadros depresivos como la principal causa de discapacidad ya que suponen 3,4% (cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad) del total de AVAD y 7,8% del total de APD. El segundo subgrupo en importancia abarca los cuadros de ansiedad, con 2,1% y 4,9% del total de AVAD y de APD, respectivamente. La autoagresión y los trastornos por dolor suponen, respectivamente, 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD.

América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a padecimientos mentales comunes. El desequilibrio entre la carga total causada por afecciones mentales y el gasto total en salud asignado a la salud mental provoca una brecha entre la carga y el gasto de 3 veces en los países de altos ingresos a 435 veces en los países de bajos ingresos, con una mediana regional de 34.

**Los datos sobre la prevalencia e incidencia de los padecimientos mentales en Argentina se encuentran fragmentados, no siempre están actualizados y a veces su búsqueda resulta dificultosa.** Además, la variedad de clasificaciones, las variaciones permanentes de las categorías nosográficas utilizadas y de instrumentos para la recolección de información hacen que las pocas publicaciones disponibles sean difíciles de ser sistematizadas. Sin embargo, se puede establecer que:

**Los problemas más frecuentes son los relativos a la depresión, la ansiedad, los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y los trastornos psicóticos. La problemática del suicidio también se trata de un problema de salud pública de creciente prevalencia.**

Por ejemplo, los trabajos realizados en el primer *“Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina”* (Stagnaro y col., 2018) realizado en el marco de la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Initiative OMS/Harvard)<sup>3</sup> revela, entre los resultados más importantes, que la prevalencia de vida de cualquier padecimiento mental en la población general fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años fue de 37,1%. Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%), el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la Fobia específica (6,8%). Los trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%), los trastornos por sustancias (10,4%), y los trastornos del control de impulsos (2,5%).

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, D.C.: OPS; 2018

<sup>3</sup> En colaboración con la Facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) con financiamiento del Ministerio de Salud. Fue realizada una encuesta domiciliaria probabilística multietápica utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview) (CIDI) efectuada a 3.927 personas de 18 años de edad y mayores, con residencia en una de las ocho áreas urbanas más grandes del país (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta y Tucumán), representativas de aproximadamente un 50,1% de los adultos residentes en el país.



La prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier padecimiento mental fue del 14,8%, de los cuales una cuarta parte fue clasificada como severa. El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y sólo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo.

Con respecto a la problemática del suicidio, durante el periodo 2010-2019 se produjeron en nuestro país 198.258 muertes por causas externas<sup>4</sup>. El 16% (31.847) corresponden a suicidios. En todo el período analizado la relación entre los suicidios y el resto de las causas externas se mantuvo estable, incrementándose los suicidios en 2,1 puntos porcentuales -de 15,9% a 18%- entre el 2010 y el 2019. La tasa de mortalidad por suicidios en el país se mantuvo estable, oscilando entre el 7,9 y el 7,2 cada 100 mil habitantes, llegando a picos de 8 puntos (en 2012). En hombres, la tasa fue entre 4 y casi 5 puntos superior a la observada a nivel nacional, y entre 9 y 10 puntos superior a la de mujeres.

En el análisis de las tasas por grupo de edad, en los años 2009 a 2018, se observa que el más afectado fue el de 80 años y más, seguido del grupo de 20 a 39 años. Este último además presenta una tendencia ascendente. En el período estudiado se perdieron un total de 2.443.328 años de vida. O sea, un índice de años de vida perdidos potenciales (AVPP) que osciló entre 621 y 550 cada 100.000 habitantes. Los años en los que se perdieron mayor número de AVPP fueron 2009-2018. Al analizar el índice por sexo, los varones presentaron un mayor índice que osciló entre los 1002 y 886 cada 100 mil habitantes.

Considerando los datos que ilustran la prevalencia de las problemáticas de salud mental que aquejan a la población en todos los grupos etarios, resulta indispensable que los trabajadores de la salud reconozcan, comprendan y alcancen un saber que les permita abordarlas. Asimismo, para poder contar con datos certeros, es importante que los equipos de salud se concienticen respecto a que los registros y la recolección de la información que se inicia en el momento de la consulta son indispensables para conocer el estado de salud de la población y definir políticas de salud pública para atenderlas.

## El rol del equipo de salud frente a las problemáticas de salud mental

Los equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) se encuentran ante la oportunidad histórica de formar parte de la red de salud mental como un eslabón clave para implementar acciones de cuidados de la salud mental de la población general y de las personas con padecimiento mental en particular.

Su actuación puede darse como puerta de entrada ante una primera consulta espontánea, en el marco de una visita domiciliaria, en un control de salud de rutina o en el marco de una búsqueda activa. También puede darse como continuidad de tratamiento de personas en articulación con el Segundo Nivel de Atención, es decir, iniciados en el Hospital General, o para acompañar el proceso de externación de personas que hayan transitado una internación en un hospital monovalente de salud mental, para garantizar el cuidado de su salud promoviendo asimismo su autonomía y vida en la comunidad.

<sup>4</sup> Definidas como el daño o lesión en una persona en forma intencional o de manera no intencional. Dentro de la categoría de "causas externas" se incluyen las siguientes: accidentes, envenenamientos, suicidios y homicidios.



Su efectivo abordaje desde el PNA permite integrar el componente de salud mental en la atención de salud, es decir, realizar una efectiva atención integral de las personas, y evitar su fragmentación en el proceso de atención. Esto mejora los indicadores generales de salud y aportará calidad en la respuesta del sistema. Al mismo tiempo, la participación de la red socio afectiva de la persona y el abordaje comunitario, permiten que los equipos de salud puedan ir encontrando respuestas a las problemáticas sociosanitarias complejas que afectan a la salud mental de la población.

Otra tarea fundamental, complementaria de la anterior, es **promover y participar activamente del relevamiento epidemiológico local de salud mental**. Más allá de las estadísticas nacionales o internacionales a las que se puede acceder, es indispensable conocer el estado de salud integral de los habitantes del barrio o localidad donde se ubica el centro de atención primaria, para poder diseñar intervenciones adaptadas a la realidad local.

En el mismo sentido, los equipos de salud del PNA tienen un lugar privilegiado para **promover la organización y funcionamiento de espacios de concertación con distintos actores, instituciones y organizaciones de la sociedad civil pertenecientes a distintos sectores**, para el análisis y abordaje conjunto de la salud mental del territorio, que facilitan y promuevan el desarrollo de las acciones descriptas hasta aquí.

En muchos casos, resulta estratégico para los equipos de salud insertarse en espacios intersectoriales ya existentes en la comunidad (asambleas barriales, multifamiliares, mesas de gestión, reuniones barriales, etc.). **En tanto se promueve el compromiso activo de la comunidad, las estrategias implementadas tienen mayor alcance y efectividad**. Algunos sectores con los que resulta estratégica la articulación son educación, desarrollo social, cultura y deporte, trabajo y vivienda, entre otros.

De este modo, es el trabajo conjunto y coordinado entre el Estado y la comunidad la herramienta para garantizar el acceso a los derechos. La co-responsabilidad es una categoría que amplía la intervención de las instituciones del Estado hacia la familia y la comunidad en general, propone un vínculo con el contexto familiar y comunitario no ya como "recurso" donde incluir a la persona sino como sujeto que es protagonista de esa inclusión. De esta manera, se tiene como objetivo no sólo la restitución de derechos sino también la promoción y/o re-anudamiento de los lazos sociales. Incorporar a las personas dentro de ese entramado de relaciones en tanto sujetos de derecho, implica pensar sujetos capaces de proyectar, crecer, soñar y construir nuevos mundos, con derecho no sólo a recibir el tratamiento adecuado, sino también a lograr su plena participación en la sociedad.

En este sentido, **se considera fundamental desarrollar estrategias de abordaje que sean situadas y que favorezcan la participación de cada persona en base a sus capacidades, mediante el desarrollo de un proyecto de vida en el cual pueda desarrollarse integralmente. El abordaje integral es con otro/a, en un contexto particular y situado**.

El concepto de **territorio** aporta elementos para trabajar en estas dimensiones. El territorio no es solamente un entorno caracterizado por su geografía física, el paisaje y los elementos que lo componen. Es un escenario que *"se construye a partir de las relaciones históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales, configurando el espacio donde pulsa la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y donde se expresan las contradicciones y los conflictos"* (Jaramillo, 2018).

El territorio se define como un espacio físico de continuidad, donde los vínculos se determinan por relaciones de proximidad. En la búsqueda por relacionar el entorno social y ambiental con los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, surge la necesidad de poner en común una definición de “territorio”, como escenario donde transcurren los procesos de producción y reproducción social (Chiara, 2016).

Este abordaje de salud mental nos desafía a generar dispositivos que articulen las necesidades de acciones comunitarias que promuevan no sólo la asistencia del padecimiento sino también el cuidado de la salud mental en un sentido amplio, con acciones de base territorial en la diversidad de la red de actores, dispositivos e instituciones de la comunidad. La generación de dispositivos comunitarios y en articulación con otras instituciones y sectores. Una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que nos permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir en red con otros, en base a esas presentaciones complejas.

El funcionamiento de una red implica acuerdos entre los actores, un conocimiento del territorio y la priorización conjunta de problemas. Los principios del trabajo en red proponen conocer y valorar la experiencia del otro, la riqueza implícita de la diversidad sumando conocimiento y recursos. La implementación de acciones conjuntas permite la participación activa de todos los actores. Así, la red es un espacio de articulación que pueda alojar las problemáticas, articular respuestas complejas, y no un ámbito de derivación y recepción de casos entre actores y/o dispositivos. En este sentido, el mapeo de los barrios, el conocimiento de referentes sociales, de organizaciones sociales, de servicios de salud, educativos, deportivos entre otros son relevantes para consolidar redes que alojen los padecimientos y que permitan construir opciones saludables, inclusivas y libres de estigma.

**Se trata de construir una lógica de trabajo en red, en la cual se conozcan y respeten las competencias de cada actor social y desde ahí se generen las relaciones de complementariedad. Estos espacios deben ser abordados en clave de cuidados, como concepto más amplio y abarcativo que el de “*curación de enfermedades*”.**

## Sobre el protagonismo de las personas con padecimiento mental

En línea con lo que se viene planteando, la participación y protagonismo en los procesos de cuidado de las personas que tienen alguna forma de padecimiento mental es una de las claves para el desarrollo de estrategias respetuosas de sus derechos.

En el marco de cada abordaje individual que realiza un equipo de salud en el Primer Nivel de Atención, debe darse la oportunidad para que la historia de derechos vulnerados en el campo de la salud mental pueda repararse, habilitando prioritariamente la voz y la palabra de la persona, incluyendo su perspectiva, en tanto interesado y afectado directo de las prácticas del campo (Stolkiner, 2012). Es decir, permitiendo un posicionamiento de la persona que sea subjetivante, modificando el lugar de objeto tradicionalmente asignado a la persona con un padecimiento mental.

En nuestro país existen multiplicidad de espacios y propuestas que nuclean no solo a personas con alguna forma de padecimiento mental, sino también a familiares, voluntarios/as, estudiantes, y profesionales interesados/as en visibilizar la complejidad de los atravesamientos en salud mental y en modificar las prácticas.



Algunos de los temas centrales que abordan los colectivos mencionados, se refieren al abordaje del estigma asociado al tema, aún vigente en nuestra cultura, al vínculo con la justicia y al ejercicio pleno de la capacidad jurídica -derechos civiles, patrimoniales, referidos al tratamiento de su salud mental, sexuales y reproductivos, electorales, etc., a la inclusión comunitaria-laboral, social, artística, educativa, etc., y a aspectos referidos al abordaje psicofarmacológico de los padecimientos mentales, entre otros. Su inclusión en los abordajes comunitarios sigue siendo actualmente un desafío para los equipos del Primer Nivel de Atención. Su plena participación permitirá enriquecer no solo los procesos de tratamiento en salud mental, sino al conjunto de la sociedad (Stolkiner, 2012), habilitando la deconstrucción de miradas hegemónicas y corporativas aún imperantes y de mitos e imaginarios que aún asocian el padecimiento mental a ideas de locura, peligrosidad o incapacidad.

En relación con los abordajes que incluyen estrategias con psicofármacos, es igualmente importante que los equipos de salud puedan dar lugar tanto a la opinión, como a la voluntad y las preferencias de la persona. Esto implica, entre otras cosas, brindar a los/as usuarios/as la información necesaria sobre la medicación, evacuar sus dudas y considerar en un sentido general al tratamiento con psicofármacos como una estrategia terapéutica más, en el marco de un abordaje integral y amplio.

## Promoción del uso apropiado de medicamentos en salud mental

En relación con el abordaje clínico asistencial en salud mental, **la entrevista clínica resulta una instancia clave**, como en todo tratamiento de salud. **Un abordaje que esté centrado en la escucha y el respeto** es la mejor manera de establecer un vínculo terapéutico, que facilite el despliegue de la complejidad de la situación para poder evaluarla. En este sentido, **es deseable que se le ofrezca a la persona que consulta un ambiente sereno y calmo** para realizar la entrevista. En las consultas de salud mental se debe reforzar este aspecto, dado que se pueden plantear problemáticas sensibles, referidas en muchos casos a determinaciones sociales complejas, como se ha mencionado más arriba, y a la intimidad de las personas, que pueden estar asociadas a situaciones emocionalmente dolorosas, o que pueden generar sentimientos de vergüenza, culpa o pueden ser motivo de discriminación social o generadoras de estigma

En aquellos casos donde se evalúe que es recomendable el inicio o la continuación de un tratamiento con psicofármacos, la prescripción de medicación es una competencia específica de la disciplina médica. Es importante que el resto de los/as integrantes del equipo de salud estén informados para acompañar y reforzar las estrategias de cuidado a implementar en el marco del tratamiento de salud integral de la persona. En ese sentido, los equipos de salud del PNA, deben fortalecer sus capacidades referidas al uso apropiado de medicamentos en salud mental, entendiendo que **el acto de medicar no se limita al acto de la prescripción, sino que es mucho más amplio.**

La prescripción que realiza el/la profesional médico/a, generalmente al finalizar la consulta, es la indicación de algunas conductas que deberá seguir la persona. Prescribir significa *“ordenar”, “indicar”, “establecer”*. En este sentido, el médico que realiza la prescripción debe trabajar con el equipo interdisciplinario para que se pueda trabajar sobre estas decisiones que afectarán necesariamente la salud y calidad de vida de quien consulta. Por este motivo, es fundamental que todo el equipo de salud conozca los aspectos básicos de cómo sostener un tratamiento con psicofármacos de un modo apropiado, adecuado a la particularidad de cada persona, su contexto socio familiar y comunitario.

El uso apropiado de medicamentos implica que aquellas personas que consultan y requieren de medicación, la reciban de acuerdo con sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad (OMS, 1985).

El eje está puesto en un enfoque apropiado del tratamiento de los problemas de salud mental, fomentando una prescripción adecuada de medidas no farmacológicas, preventivas, y promoviendo un uso apropiado de los medicamentos.

Es fundamental que tanto el/la médico/a como el equipo de salud del cual forma parte tengan en cuenta ante la decisión de una indicación de uso de psicofármacos, los prejuicios a los que suele asociarse su uso. Por esto, es necesario asesorar, informar y dar lugar a las preguntas que puedan tener tanto las personas que requieren de tratamiento con psicofármacos, como de sus familiares y/o referentes afectivos.

Entre otros aspectos, será necesario explicar a la persona cuáles son los motivos de una intervención farmacológica en este momento, la importancia del sostenimiento del tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones médicas, cuáles pueden ser los efectos adversos y cómo manejarlos, la centralidad del control periódico, etc. En muchos casos, las personas deberán aprender paulatinamente a convivir con su cuadro y a implementar los cambios necesarios en su estilo de vida para que el tratamiento sea más eficaz (por ej., la necesidad de no consumir alcohol, mantener patrones de sueño estables, etc). Para cada una de estas etapas la/el médico/a debe trabajar en el marco del equipo interdisciplinario, pensando conjuntamente cada estrategia a consensuar con el/la usuario/a.

Es importante también **reforzar el cuidado de las relaciones familiares, con referentes afectivos, dispositivos, instituciones** y cualquier espacio que funcione como sostén para la persona en momentos de dificultad o crisis. Además, se deben tener en cuenta las necesidades físicas, sociales y de salud mental de las personas convivientes, para lo que muchas veces resulta de utilidad generar espacios de intercambio en el marco de la consulta de salud, o considerar su inclusión en grupos de apoyo que puedan funcionar en el centro de salud o en otras instituciones de la comunidad, o el vínculo con asociaciones de usuarios/as y familiares de personas con padecimiento mental, especialmente para los casos de padecimientos mentales severos.

La adherencia y el correcto mantenimiento del tratamiento con psicofármacos a lo largo del tiempo es uno de los desafíos y puntos identificados como más difíciles de lograr. Una vez más, el rol del equipo de salud del dispositivo correspondiente puede hacer una diferencia significativa con su intervención. Todo lo planteado hasta este punto, junto con las medidas no farmacológicas adoptadas, puede ayudar a obtener una mayor adherencia al tratamiento y a sensibilizar tanto a la persona como a sus referentes afectivos hacia un enfoque en el que los padecimientos psíquicos no sean excluidos ni generadores de exclusión.

Finalmente, para el tratamiento adecuado de los padecimientos mentales, debe **promoverse la participación activa de la persona en la toma de decisiones y el apoyo de la comunidad**. Una persona que padece una enfermedad crónica mantiene una relación permanente con su enfermedad y cada día debe tomar decisiones sobre sus actividades, su alimentación y las medicaciones que se le hayan prescrito. Por eso, al mismo tiempo que se prescribe un psicofármaco se deben conocer las redes de apoyo y generar las condiciones para el



autocuidado que propicien autonomía. El equipo de salud debe intentar promover estrategias que ayuden a las personas a cumplir responsablemente los tratamientos, a fin de propiciar una vida más plena y activa, apoyado en las redes disponibles en la comunidad.

## Criterios de referencia al Segundo Nivel de Atención - derivación asistida

Un importante caudal de consultas que se reciben y atienden en los centros de atención primaria del Primer Nivel de Atención son de personas derivadas de otros niveles de atención, hospital general, hospitales o clínicas especializadas de salud mental u otros dispositivos de atención, para hacer seguimiento y continuar tratamiento en el efector público más cercano al domicilio o área de residencia, tal como indica la Ley Nacional de Salud Mental.

Muchas de las personas que consultan, pueden tener sintomatología crónica que no afecten su desempeño cotidiano, independientemente de la efectividad de los abordajes propuestos. Tener en cuenta este factor ayudará a distinguirlos de posibles síntomas de recaída.

En el marco de una consulta o intervención del equipo de salud, una vez delimitado el motivo de consulta, realizado el diagnóstico situacional y valorada la contención familiar, se evaluará la necesidad de referencia de la persona al Hospital General de referencia más próximo a su domicilio. La derivación, en general, no debe ser pensada en relación con una especialidad en particular (psiquiatría, neurología, trabajo social), sino a un equipo interdisciplinario de salud mental, conformado por trabajadores con diferentes perspectivas.

Se deberá considerar una derivación ante:

1. *La solicitud del/de la usuario/a, dentro de las posibilidades de atención del efector.*
2. *Tras la fase de evaluación inicial, si el/la profesional o el equipo lo considera necesario por las características del caso, a fin de continuar un tratamiento desde un abordaje de mayor complejidad.*
3. *Presentación sintomática compleja: algunos casos pueden requerir un abordaje especializado en un segundo nivel de atención. Por ejemplo, si la sintomatología de salud mental puede producir consecuencias problemáticas a nivel físico en el/la usuario/a. Por ejemplo, una lesión del aparato digestivo debido a la ingesta de sustancias no comestibles a consecuencia de alucinaciones acústico-verbales.*

*Se debe tener en cuenta que la situación sintomática compleja puede aparecer no sólo en la consulta inicial, sino que puede identificarse luego de intervenciones terapéuticas sin respuesta o con una respuesta parcial insuficiente para la continuación del tratamiento en el PNA. Por ejemplo, la persistencia de síntomas intensos luego de ajustar el esquema de medicación, o el empeoramiento de síntomas intensos luego de iniciar la terapéutica.*

4. *Riesgo cierto e inminente para sí y para terceros: su detección conlleva necesariamente a una indicación de internación, por lo que debe ser evaluado de forma correcta y precisa. El mismo puede manifestarse de varias maneras, como por ejemplo ideas de desesperanza o ideas de muerte con plan suicida, problemas de desregulación emocional, síntomas psicóticos que condicionan la conducta de la persona y que los pueden llevar a tomar conductas de daño o hacia terceros, entre otros.*
5. *Intoxicación aguda y severa con sustancias psicoactivas y/o efectos adversos graves de la medicación indicada.*

**Tabla N° 1: Criterios para abordaje y derivación.**

Condiciones clínicas	Nivel de atención
Toda persona sin otras condiciones mentales ni físicas concomitantes	Equipo de Salud en el Primer Nivel de Atención
Baja respuesta al tratamiento, baja adherencia al mismo; efectos colaterales intolerables del tratamiento farmacológico propuesto	Equipo de Salud en el Primer Nivel de Atención, con apoyo de interconsulta especializada efectuada por equipo de salud mental en nivel secundario (hospital general)
Trastorno conductual significativo, persistencia de síntomas severos, condiciones concomitantes graves	Equipo de Salud ambulatorio en Segundo Nivel de Atención (evaluar Hospital de Día)
Riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, rechazo de tratamiento en ese contexto y sin red de apoyo	Hospitalización, internación en Segundo Nivel de Atención (hospital general)

**Fuente:** Adaptado de Sepulveda R. Minoletti A. *Psicosis. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Serie Paltext para técnicos medios y auxiliares.* Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013

## El desafío de seguir cuidando la Salud Mental en la post pandemia

Si bien la literatura disponible y la experiencia demuestran que las situaciones de emergencias y desastres desorganizan la vida de las personas en tanto son situaciones disruptivas, y que el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo (OPS, 2002), la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 puso en evidencia con contundencia que el componente Salud Mental debe ser un eje transversal en la organización de la respuesta de salud ya que a diferencia de otras emergencias y desastres, esta pandemia impactó de distintas maneras en cada persona, pero al mismo tiempo, en toda la población en un sentido general. Esto último es una particularidad de esta situación que debe ser tenida en cuenta por los equipos a la hora de intervenir.

El riesgo al contagio vivido por muchas personas, el temor concomitante, la modificación de hábitos y rutinas personales, laborales e institucionales y el enorme impacto a nivel social y económico sufrido hasta la actualidad, confirman la relevancia del abordaje de la salud mental desde todos los niveles de complejidad, requiriendo respuestas tanto para padecimientos individuales como para las comunidades, tanto de la población general como de los/as profesionales de salud de todos los niveles de atención (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

El Primer Nivel de Atención, al igual que todo el sistema de salud, ha enfrentado el desafío de sostener su funcionamiento adaptando sus herramientas, dispositivos y prácticas y de sostener la capacidad de reflexión y flexibilización ante un escenario dinámico y cambiante.

Los efectos de las situaciones de emergencias y desastres sobre la salud mental no siempre han sido cabalmente reconocidos, dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no sólo el padecimiento psíquico, las situaciones de angustia, duelo, comportamientos violentos y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas entre otras problemáticas, sino también otros problemas como las condiciones sociales, los contextos de las personas, los territorios que habitan, las redes de apoyo y sostén ahí donde las personas viven o padecen (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).



Sin embargo, existen pautas claras de manejo y cuidado para equipos de salud<sup>5</sup>, en el sentido de poder diferenciar aquellas reacciones esperables ante una situación de excepcionalidad - como fue y sigue siendo la pandemia por COVID -19 de modo de diferenciarlas de situaciones donde se configura un padecimiento en salud mental que pueda ser abordado bien desde el equipo de salud del PNA, o que requiera de intervención del Segundo Nivel de Atención por su gravedad o urgencia.

En lo que respecta a las reacciones esperables ante la pandemia, vale decir que el hecho de ser precisamente “*esperables*” no implica que ellas no deban ser abordadas por el padecimiento mismo que representan para las personas en el tiempo presente, además de lo ya mencionado respecto a prevenir futuras afecciones de mayor complejidad. Desde una perspectiva comunitaria, es importante destacar que el tratarse de reacciones vinculadas a una situación colectiva es en sí mismo un factor a considerar a la hora de intervenir. La pandemia ha traído consigo también interesantes experiencias solidarias, de organización colectiva, alternativas creativas para el desarrollo de actividades, etc. Estos recursos deben ser tenidos en cuenta en la caja de herramientas de los/as profesionales del Primer Nivel de Atención. La intervención en clave psicosocial tiene como principal estrategia la recomposición del lazo social, lo cual implica fundamentalmente operar sobre la capacidad que las personas tienen de asumir un rol protagónico en la transformación de la realidad en los diferentes ámbitos sociales donde están insertas. Por lo antedicho, es importante remarcar que este tipo de estrategias ante las reacciones esperables en contexto de crisis y emergencias como fue la pandemia, deben ser privilegiadas respecto de otras que, por el contrario, se limitan a la resolución rápida del padecimiento en la esfera individual, como, por ejemplo, la mera prescripción de medicación. Los malestares propios de la vida cotidiana emergen en cada momento histórico, tomando la forma de las circunstancias vigentes, pudiendo pensarse como una oportunidad para el fortalecimiento de la capacidad de las personas para construir sentidos y desarrollar estrategias de reproducción vital. La medicalización que no considere estos factores puede, eventualmente, disminuir este potencial.

Considerando todas las particularidades que la pandemia o cualquier otra situación de emergencia crisis sanitaria a nivel poblacional impone al trabajo cotidiano de los equipos, su desafío continúa siendo el abordaje de la salud mental dentro de los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental, planteados a lo largo del presente capítulo.

<sup>5</sup> Se recomienda lectura de la serie de recomendaciones para el cuidado de la salud mental emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field\\_problematika\\_target\\_id=91&field\\_soporte\\_target\\_id=All&title=](https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field_problematika_target_id=91&field_soporte_target_id=All&title=)



# Prácticas recomendadas en Salud Mental desde una perspectiva de Derechos

## Principios básicos de la atención en Salud Mental<sup>6</sup>

### Protección de Derechos Humanos de personas con padecimiento mental

Las personas con padecimiento mental han sido históricamente víctimas de vulneración de derechos. A ello se suma que, en contextos de emergencias y desastres, como la pandemia por COVID-19, esta situación puede verse agravada. De allí la importancia de que los equipos de salud estén particularmente advertidos ante la posibilidad de que las personas con padecimiento mental, en tanto población con alta vulnerabilidad psicosocial, puedan ser víctimas de violaciones de derechos humanos tales como:

- *Discriminación en el acceso a medios esenciales como alimentos, agua, saneamiento, albergue, servicios de salud, protección y medio de subsistencia.*
- *Negación del derecho a ejercer su capacidad jurídica.*
- *Falta de acceso a servicios para satisfacer sus necesidades específicas.*
- *Maltrato físico, abuso sexual, explotación, violencia, negligencia, detención arbitraria.*
- *Abandono o separación de la familia o referentes vinculares.*
- *Abandono y negligencia en entornos institucionales.*

Algunas acciones clave en lo referente a la protección de derechos de personas con padecimiento mental son:

- **Realizar acciones de protección de derechos en los dispositivos del Primer Nivel de Atención.**
  - ▶ *Asegúrese de que las personas con padecimiento mental tengan el mismo acceso a la atención de sus dolencias físicas en igualdad de condiciones que las demás personas.*
  - ▶ *Promueva la continuidad de cuidados de personas con padecimientos mentales severos o en proceso de externación o recientemente externadas tras haber estado internadas por motivos de salud mental, y promueva la adopción de medidas de inclusión comunitaria que permitan reducir la probabilidad de futuras internaciones.*
- **Promover la inclusión comunitaria de personas con padecimiento mental.**
  - ▶ *Abogue por la inclusión de las personas con padecimiento mental en dispositivos de inclusión socio laboral, habitacional, cultural, educativo, etc., de acuerdo con las necesidades, sistema de apoyo y deseos de la persona.*
  - ▶ *Abogue por la inclusión de niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental en el sistema de educación formal.*
  - ▶ *Abogue por promover el mayor nivel de autonomía posible de las personas con padecimiento mental.*

<sup>6</sup> El contenido del presente capítulo está basado en la Guía de Intervención (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, versión 2.0, 2016 - Capítulo "Atención y Prácticas Esenciales de Salud", y en la Guía de Intervención humanitaria (GIH-mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en las emergencias humanitarias, 2018 - Capítulo "Principios Generales de la Atención a Personas con Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias en Emergencias Humanitarias", pertenecientes al Programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OPS/OMS.



- **Promover la participación activa de actores y sectores prioritarios**
  - ▶ *Identifique actores y sectores prioritarios para ser informados e involucrados en la protección de derechos de las personas con padecimiento mental. Algunos de ellos: usuarios/as, familiares, entorno afectivo, líderes comunitarios, líderes espirituales, referentes institucionales de distintos sectores (educación, cultura, salud, seguridad, desarrollo social y humano, etc.), organizaciones sociales, de la sociedad civil y de derechos humanos, etc.*
  - ▶ *Organice actividades de sensibilización para los actores y sectores prioritarios identificados sobre mitos y prejuicios sobre la salud mental en general y las personas con padecimientos mentales en particular; derechos de personas con padecimiento mental; inclusión social, laboral y habitacional de personas con padecimiento mental; estigma y salud mental; sistema de apoyo para usuarios/as de los servicios de salud mental y sus familiares y entornos afectivos, etc.*

## Abordaje en base a un trato digno, respetuoso de la identidad y preferencias de la persona

- **Procure un ambiente de privacidad e intimidad que promueva una comunicación calmada y sincera.**
  - ▶ *Reúnase con la/s persona/s en un espacio privado, si es posible.*
  - ▶ *Ubíquese de modo de estar en el mismo nivel que el consultante (por ejemplo, ambos sentados).*
  - ▶ *Salude a la persona, preséntese describiendo su cargo o función.*
  - ▶ *Pregunte a la persona si desea que participen del espacio de consulta sus familiares, cuidadores y/o referentes vinculares.*
  - ▶ *Si la persona se encuentra sola, consulte sobre la posibilidad de contactarse con familiares, cuidadores y/o referentes vinculares en caso de evaluarlo pertinente.*
  - ▶ *Déjele saber a la persona que todo lo hablado con el equipo de salud se tratará de manera confidencial, a excepción de situaciones que revistan riesgo cierto o inminente en los términos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.*
- **Promueva la participación de la persona con padecimiento mental**
  - ▶ *Evite dirigirse únicamente a los familiares, cuidadores y/o referentes vinculares de la persona con padecimiento mental. Esto aplica también a la comunicación con niños, niñas, adolescentes y personas mayores con padecimiento mental.*
  - ▶ *Explique a la persona lo que está haciendo (por ejemplo, durante la evaluación física) y lo que se propone hacer.*
- **Comience por escuchar**
  - ▶ *Disponga del tiempo necesario para que la persona se exprese. Evite interrupciones.*
  - ▶ *Algunas personas no siempre pueden narrar sus antecedentes con claridad. En tales casos, tenga paciencia y pida aclaraciones.*
  - ▶ *No presione a la persona a hablar de sucesos potencialmente traumáticos si no desea hacerlo. Simplemente hágale saber que usted está allí para escucharla.*
  - ▶ *Los/as niños/as pueden necesitar más tiempo para sentirse cómodos. Use un lenguaje simple y de fácil comprensión.*

- **Utilice lenguaje claro y breve, sin tecnicismos innecesarios**
  - ▶ Use un lenguaje con el que la persona esté familiarizada. Evite usar tecnicismos innecesarios.
  - ▶ El estrés puede menoscabar la capacidad de una persona para procesar información. Aborde un solo punto a la vez para ayudar a la persona a entender lo que se está diciendo antes de pasar al siguiente punto.
  - ▶ Resuma y repita los puntos clave. Puede ser útil pedirle a la persona (familiares, cuidadores y/o referentes vinculares) que tomen nota de los puntos importantes, o bien facilitar la información escrita desde el equipo de salud.
  
- **Muestre empatía, contenga y oriente a las personas que puedan haber sufrido una vulneración de derechos (por ejemplo: situaciones de violencia, agresión sexual, autolesiones, etc.)**
  - ▶ Hágale saber a la persona que usted respetará la confidencialidad de la información.
  - ▶ Nunca menosprecie los sentimientos de la persona, ni adopte una actitud moralizante.
  - ▶ Tenga en consideración que a la persona puede haberle costado mucho revelar una situación de padecimiento sufrido, donde se hayan visto vulnerados sus derechos.
  - ▶ Evalúe la necesidad de dar intervención al organismo de protección de derechos correspondiente, explique a la persona cuáles serán los pasos a seguir de acuerdo a la situación planteada.
  - ▶ Pida consentimiento a la persona para trabajar la situación con otros organismos y/o instituciones de los que se requiera intervención (ejemplo: oficina de violencia de género, fuerzas policiales y/o de seguridad, desarrollo social o humano, instituciones educativas, etc.).
  
- **No juzgue ni discrimine a las personas por su forma de comportarse**
  - ▶ Algunas personas con padecimientos mentales pueden tener comportamientos, sentimientos o pensamientos de difícil comprensión para el equipo de salud. Ante esto, es fundamental no perder la calma y tener paciencia.
  - ▶ Si la persona se comporta de manera riesgosa (por ejemplo, con agitación, agresividad o gestos amenazantes), es necesario evaluar la necesidad de priorizar la atención de la situación con carácter de urgencia (ver unidad sobre el tema en el Módulo 2). Se sugiere buscar el origen del problema e intervenir en base a lo evaluado. La colaboración con el equipo de salud por parte de familiares, cuidadores y/o referentes vinculares resulta fundamental para crear un espacio de tranquilidad.
  
- **Recurra a los apoyos necesarios para garantizar la comunicación**
  - ▶ Si se evalúa necesario, recurra a los referentes (familiar, cuidador/a, referente vincular, traductor, intérprete de lenguaje de señas, etc.) que permitan a la persona establecer la comunicación con el equipo de salud. En caso de no contar con los apoyos de preferencia de la persona, proponer a ésta la colaboración de otro miembro del personal sanitario que pueda realizar la tarea.
  - ▶ Si quien oficia de apoyo es del entorno cercano de la persona, esté atento/a a la posibilidad de que exista un conflicto de intereses que condicione o influya negativamente en la comunicación. Si esto plantea un problema, haga que en futuras consultas el apoyo sea realizado por alguien más.
  - ▶ Pídale a la persona que oficia de apoyo para la comunicación, que respete el principio de confidencialidad de la consulta y que evite agregar sus propios pensamientos e interpretaciones de lo que la persona quiere transmitir.



## Elementos esenciales de la práctica clínica en Salud Mental

### *Evaluación y abordaje integral de salud*

Las personas con padecimientos mentales graves tienen dos a tres veces más probabilidades de enfermar y morir prematuramente por enfermedades prevenibles y por lo tanto, evitables, como infecciones o trastornos cardiovasculares.

En este sentido, es preciso que los equipos de salud estén advertidos de la necesidad de abordar la salud de modo integral, a través de la prevención, asistencia y seguimiento. Resulta fundamental conocer los antecedentes tanto individuales como familiares de enfermedades físicas y de padecimientos mentales, indagar sobre los factores de riesgo –inactividad física, mala alimentación, consumo problemático de sustancias psicoactivas, comportamientos impulsivos, etc.- y promover la evaluación de rutina de modo preventivo y de control.

Estas acciones deben ser realizadas en base al acuerdo y consentimiento de la persona con padecimiento mental, de acuerdo con la normativa vigente (*ver: 1. Introducción al concepto de Salud Mental Comunitaria*).

Para realizar una evaluación integral, es preciso descartar trastornos físicos y causas subyacentes al padecimiento en salud mental. Para esto muchas veces se requerirá realizar un examen médico que determine la necesidad de estudios complementarios o pruebas de laboratorio.

En caso de detectarse comorbilidades, se recomienda evaluar la posibilidad del abordaje conjunto de los trastornos identificados. Asimismo, una persona puede tener al mismo tiempo más de un padecimiento mental, que será importante evaluar y abordar de forma conjunta.

Es fundamental que, en caso de sospechar la existencia de un padecimiento mental, siempre evalúe la existencia de ideación suicida e intentos de suicidio previos, así como consumo de sustancias psicoactivas (*ver: 6. Intentos de Suicidio. Conductas autolesivas. Suicidio, y 7. Crisis y urgencias en salud mental*).

La evaluación para determinar la presencia de un padecimiento en salud mental incluye los siguientes pasos:

- 1. Examen físico:** recuerde la importancia de realizar la evaluación de salud mental en el marco del abordaje integral, que incluya esta instancia.
- 2. Evaluación del estado mental:** una evaluación adaptada para no especialistas incluye indagar en el marco de una entrevista los siguientes aspectos:
  - **Comportamiento y apariencia:** síntomas y signos relacionados con la forma en que se ve y actúa la persona.
  - **Estado de ánimo y afectivo:** síntomas y signos relacionados con el control y la expresión de las emociones o los sentimientos.
  - **Contenido del pensamiento:** síntomas y signos relacionados con los temas abordados en los pensamientos, incluidos delirios, paranoia, suspicacia e ideación suicida.
  - **Alteraciones de la percepción:** percepciones sensoriales que se producen en ausencia de un

estímulo externo apropiado (por ejemplo, alucinaciones auditivas o visuales). La persona puede o no tener conocimiento de la naturaleza irreal de la percepción.

- **Alteración de la cognición:** síntomas, signos y resultados clínicos indicativos de un trastorno de las capacidades y procesos mentales relacionados con la atención, la memoria, el juicio, el razonamiento, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la comprensión y la integración de estas funciones.

**3. Aproximación o hipótesis diagnóstica:** esté advertido/a de afecciones orgánicas que se manifiestan con síntomas similares a los ahora observados. Si bien el diagnóstico puede requerir de otras instancias para su construcción, es necesario identificar a modo de hipótesis o sospecha, teniendo en cuenta que se consignará siempre como "*Diagnóstico presuntivo*". Se trata del primer paso de la elaboración de una estrategia terapéutica.

**4. Pruebas de laboratorio básicas:** en caso de ser necesarias, especialmente para descartar causas físicas.

A continuación, se describen los elementos centrales que debe contener la historia clínica:

- 1. Motivo de consulta:** causa o razón principal por la que se solicita atención. Preguntar cuándo, por qué y cómo comenzó. Se recomienda recopilar tanta información como sea posible acerca de los síntomas de la persona y su situación.
- 2. Antecedentes de padecimientos mentales anteriores:** indagar sobre problemas similares en el pasado, hospitalizaciones o tratamientos con psicofármacos. Siempre preguntar por consumo de sustancias psicoactivas y por existencia de ideación y/o intentos de suicidio.
- 3. Historia clínica general:** indagar sobre problemas de salud física y medicamentos usados anteriormente y en la actualidad. Indagar sobre alergias a medicamentos.
- 4. Antecedentes familiares de padecimiento mental:** indagar sobre su existencia y sobre síntomas similares en la familia, así como por tratamientos realizados.
- 5. Antecedentes psicosociales:** indagar sobre factores estresantes actuales, recursos individuales y comunitarios para hacerles frente. Evaluar continencia de la red de apoyo. Indagar sobre el desempeño laboral, doméstico y en la vida de relación con otras personas. Indagar sobre su situación habitacional, laboral, educativa y familiar (hijos/as, pareja, y vínculo con cada uno/a).

### **Atención del padecimiento mental en el marco del abordaje integral de salud**

El tratamiento en salud mental siempre debe desarrollarse en el marco de un abordaje integral de salud. Incluye los pasos que se desarrollan a continuación:

- 1. Elaborar un plan de tratamiento en colaboración con la persona, familiares, referentes vinculares o cuidadores/as**

Para planificar el plan de tratamiento es necesario determinar las metas que tendrá, respetando la voluntad y preferencias de la persona en cuanto a las opciones de atención. Incluir a familiares, referentes vinculares y/o cuidadores/as con el consentimiento de la persona. Promover la autovigilancia de los síntomas y brindar pautas claras sobre cuándo se debe solicitar atención con urgencia.



**Tabla N° 2: Ítems que debe incluir el plan escrito**

- Intervenciones farmacológicas (si las hay).
- Intervenciones psicosociales.
- Derivaciones asistidas.
- Plan de seguimiento.
- Tratamiento de todo padecimiento orgánico concurrente o de otro padecimiento de salud mental.

*Fuente: Guía de Intervención (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, versión 2.0, OPS, 2016*

## 2. Brindar siempre intervenciones psicosociales a la persona, familiares, referentes vinculares o cuidadores/as

Algunas de ellas pueden consistir en:

- **Brindar consejería y orientación:** para acercar información sobre el padecimiento, su evolución esperable, tratamientos disponibles y beneficios esperados de cada uno, duración de los mismos, etc
- **Reducir los factores estresores y fortalecer las redes de apoyo:** identificar y abordar los determinantes sociales del padecimiento, tales como problemas familiares y de relaciones, problemas económicos o laborales, de vivienda, educación, estigma o discriminación, etc., priorizando particularmente la identificación y abordaje de posibles situaciones de maltrato, violencia (en cualquiera de sus formas) o abuso y de descuido o abandono de personas.
- El equipo de salud puede promover la vinculación o creación de redes de apoyo en el entorno comunitario que puedan brindar a la persona un apoyo directo o indirecto de acuerdo a sus deseos, motivaciones e intereses, como pueden ser reuniones familiares, visitas a vecinos, actividades de la comunidad, actividades religiosas, etc.
- **Actividades diarias:** promover el funcionamiento adecuado de las actividades de la vida diaria (AVD) –baño, vestido, cuidado personal, aseo, continencia, desplazamiento, caminata, alimentación - como de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) – uso de teléfono, de transporte, realización de compras, preparación de alimentos, cuidado de la casa, toma de medicación, manejo de dinero- de modo de fortalecer aquellos aspectos en los que la persona pueda ganar autonomía.
- **Tratamiento psicoterapéutico:** los/as profesionales a cargo pueden trabajar desde diversos marcos teóricos (cognitivo-conductual, psicoanalítico, gestáltico, etc.) y desde diversas modalidades de abordaje (individual, grupal, familiar, o combinadas). Se sugiere que, en el PNA, esta modalidad tenga una dinámica acorde al contexto, recursos y necesidades sociosanitarias locales, en el marco del proyecto terapéutico singular de cada persona, desde el abordaje integral de salud que realiza el equipo interdisciplinario.

## 3. Abordar el padecimiento mental usando intervenciones farmacológicas cuando estén indicadas

La decisión sobre el inicio del tratamiento con psicofármacos debe ser tomada en conjunto con la persona y trabajada con todo el equipo de salud, aunque solo el/la médico/a tiene potestad para prescribir, de acuerdo con su incumbencia profesional. Es esencial que el equipo de salud conozca cuáles son los psicofármacos que se encuentran disponibles en su jurisdicción.

Al seleccionar los medicamentos apropiados, considere el perfil de efectos secundarios de los medicamentos (a corto y largo plazo), la eficacia del tratamiento anterior, las interacciones medicamentosas o las interurrencias entre los medicamentos y la enfermedad. Es probable que una persona derivada al segundo nivel oportunamente, una vez estabilizada, vuelva a requerir de un seguimiento por parte del PNA, en cuyo caso el/la médico/a del efector continuará las indicaciones dadas en la epicrisis, hasta requerir una nueva evaluación si existen cambios significativos en el estado clínico.

#### **4. Referir a especialista o a hospital general en caso de ser necesario**

Es importante que el equipo de salud pueda identificar situaciones que puedan requerir la derivación asistida a un/a especialista o al hospital general de referencia, por ej.: ausencia de respuesta al tratamiento, efectos secundarios graves de intervenciones farmacológicas, problemas orgánicos o de salud mental concomitantes o configuración de riesgo para sí o para terceros.

#### **5. Elaborar un plan de seguimiento para la continuidad de cuidados**

Todo tratamiento en salud mental debe incluir un plan de seguimiento, que se sugiere inicialmente establecer con una frecuencia mayor, hasta que los síntomas empiecen a responder al tratamiento. Cuando los síntomas comienzan a mejorar, se pueden programar citas menos frecuentes, pero igualmente periódicas. El mismo puede realizarse citando a la persona al efector de salud, o bien en el marco de una recorrida comunitaria, o de una visita domiciliaria.

#### **6. Trabajar de manera conjunta con la familia, referentes vinculares y/o cuidadores de la persona con padecimiento mental**

En la medida que se cuente con el apoyo y participación de la familia, referentes vinculares y/o cuidadores/as de la persona, el tratamiento podrá desarrollarse de mejor manera, en tanto podrán compartirse aspectos referidos a la evaluación, tratamiento, seguimiento, y cualquier efecto de las medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas adoptadas. Para esto es esencial contar con la aprobación y consentimiento de la persona.

Además, es preciso identificar las repercusiones psicosociales del padecimiento mental de la persona en tratamiento y en sus referentes, de modo de identificar posibles necesidades y promover el apoyo necesario para la vida familiar, laboral, social o de salud. En algunos casos puede resultar de utilidad reconocer que el cuidado de personas con padecimientos mentales puede resultar complejo, y promover la participación en grupos (de pares, de ayuda mutua, terapéuticos, de reflexión, etc.) o en asociaciones de usuarios/as y familiares.

#### **7. Promover vínculos sólidos con los sectores del trabajo, educación, vivienda, cultura y deporte, etc., para promover la autonomía e inclusión comunitaria de las personas con padecimiento mental**

Esto colabora en una efectiva atención integral que, basada en la evaluación inicial, permita a la persona vincularse con aquellos actores, instituciones y sectores que requiera para aumentar su nivel de autonomía e inclusión comunitaria.



## 8. Adecuar los planes de tratamiento para los grupos específicos de población

- **Niños, niñas y adolescentes (NNyA):** indagar particularmente posibles situaciones de vulneración de derechos, como ser: violencia, abandono, abuso sexual, etc. Comuníquese de un modo simple, de acuerdo al nivel de comprensión del NNyA y brinde la posibilidad de expresar sus inquietudes en privado.
- Asista a los/as adolescentes que se presenten solos buscando ayuda en salud mental e intente conseguir su consentimiento para contactarse con familiares y/o referentes afectivos.
- **Personas con capacidad de gestar:** indagar si la persona se encuentra cursando un embarazo, y evaluar su estado de salud integral. Indicar derivación asistida en caso de ser necesario y tener particular reserva para la indicación de tratamiento con psicofármacos (verificar toxicidad para el feto y evaluar indicación de lactancia según riesgo-beneficio).
- **Personas mayores:** abordar los factores estresores, respetando la autonomía de la persona. Identificar y abordar los padecimientos orgánicos concurrentes y abordar los déficits sensoriales (por ejemplo: disminución de la agudeza visual o audición deficiente). Usar dosis inferiores de medicamentos de acuerdo a la singularidad de la situación. Prever un mayor riesgo de interacciones medicamentosas. Abordar las necesidades de los cuidadores.

En base a los principios básicos y a los elementos esenciales de la práctica clínica en salud mental descriptos hasta aquí, que deben ser parte del abordaje integral de la salud realizado desde el Primer Nivel de Atención, resulta relevante incorporar algunas herramientas concretas de cuidado de la salud mental, útiles para situaciones de emergencias y desastres como la pandemia por COVID-19, en la que todas las personas hemos visto afectada nuestra salud mental en un sentido general, no necesariamente psicopatológico.

La Primera Ayuda Psicológica puede ser implementada independientemente de si la persona es trabajador/a del campo de la salud, o si tiene formación previa en el tema, en tanto es una herramienta de atención psicosocial no especializada.

## Primera Ayuda Psicológica (PAP)<sup>7</sup> - atención psicosocial no especializada

La Primera Ayuda Psicológica (PAP) es una herramienta de abordaje ante situaciones estresantes, en tanto es una respuesta humana, de apoyo a otra persona que se encuentra sufriendo y puede necesitar ayuda (Esfera, 2011; IASC, 2007). Algunos de sus objetivos son:

- Brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva.
- Evaluar las necesidades y preocupaciones.
- Ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas.
- Escuchar a las personas, sin presionarlas para que hablen.
- Ayudar a las personas a sentirse calmas.
- Ayudar a las personas para que puedan acceder a información, servicios y apoyos sociales.
- Proteger a las personas de ulteriores situaciones de riesgo.

<sup>7</sup> El contenido del presente capítulo está basado en: Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra. 2012.



Es importante establecer que la PAP puede ser implementada por cualquier trabajador/a del campo de la salud y la salud mental en el marco del trabajo comunitario –en el centro de salud, la comunidad, un domicilio, etc.- ya que supone estar a disposición de las personas para escucharlas sin presionarlas para que cuenten o profundicen en sus emociones o reacciones. En ese sentido, la herramienta promueve un primer acercamiento humano a las personas afectadas por una situación de angustia o estrés, o un acontecimiento crítico grave, como las generadas por la pandemia por COVID-19.

Es importante que el/la trabajador/a pueda identificar si la persona requiere de éste tipo de intervención inicial o una de mayor complejidad, como puede ser la atención de una urgencia o la necesidad de una derivación al Segundo Nivel de Atención, como en situaciones donde la persona posee lesiones graves y/o riesgo de vida (por ejemplo: víctimas de violencia de género), niveles de alteración que le impidan ocuparse de sí misma y/o de otras personas a su cargo, personas que cumplan con el criterio de riesgo cierto e inminente según la Ley Nacional de Salud Mental.

Una primera ayuda de este tipo debe ser realizada en el marco del respeto y cuidado de la seguridad, dignidad y derechos de las personas. Es decir, es necesario evitar que las personas con las que se interviene queden en una situación de mayor vulnerabilidad y/o riesgo psicológico y/o físico luego de la intervención, respetar las creencias de la persona de acuerdo a su pautas culturales y sociales sin incurrir en actos discriminatorios o de exclusión, y dar a conocer a la persona el marco de sus derechos de un modo claro y sencillo, ayudando a reclamar su cumplimiento por las vías correspondientes. En el marco de una situación de crisis resulta esencial poder comunicar a las personas la información sanitaria actualizada que requiera, así como la información referida a protocolos vigentes para la atención en salud y para el acceso a los servicios que se requieran.

Las personas que atraviesan una situación de crisis pueden presentarse alteradas, ansiosas, angustiadas o confundidas. En la situación generada por el COVID-19 fue habitual que algunas personas se culpen a sí mismas por considerar que hicieron las cosas mal o por no haber hecho lo suficiente para evitar la enfermedad o el padecimiento de algún/a familiar o ser querido.

Resulta de importancia comunicarse con las personas afectadas manteniendo la calma y demostrando comprensión, lo cual puede ayudar a que la persona se sienta más segura, respetada y atendida de forma adecuada. A continuación, se presentan algunas pautas de cómo intervenir en el marco de una primera ayuda psicológica:

<b>Tabla N° 3: Algunas pautas de intervención en el marco de la PAP</b>	
<i>Lo que debemos hacer y decir</i>	<i>Lo que no debemos hacer ni decir</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intente encontrar un lugar tranquilo para hablar, minimizando las distracciones externas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad salvo razones de fuerza mayor.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sitúese cerca de la persona respetando los protocolos sanitarios vigentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hágale entender que está escuchando, por ejemplo, asintiendo con la cabeza.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hágale saber que reconoce sus fortalezas y la manera en que se están ayudando a sí mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deje espacios para el silencio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preste atención al lenguaje corporal (expresiones faciales, contacto visual, gestos, posición del cuerpo, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea espontáneo y sincero al ofrecer ayuda y cuidado.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presione a la persona para que cuente sus preocupaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No interrumpa ni apure a la persona mientras cuenta su historia (por ejemplo, no mire la hora, ni hable</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No toque a la persona si no está seguro/a de que sea apropiado de acuerdo con el contexto social, cultural y sanitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No juzgue lo que hayan hecho o dejado de hacer ni sus sentimientos. No diga cosas como “<i>No debería sentirse así</i>”, “<i>Debería sentirse afortunado de sobrevivir</i>”.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No utilice expresiones demasiado técnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No revele información o situaciones de otras personas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No le hable de sus propios problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No invente cosas que no sabe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona en su lugar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No le quite su fortaleza, autonomía o sensación de poder cuidarse a sí mismo/a.</li> </ul>	

*Fuente: Adaptado de: Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OPS. 2012*

## Principios de actuación de la PAP: observar, escuchar y conectar

Los distintos escenarios o situaciones de crisis que suceden en una comunidad, o emergencias como la pandemia por COVID-19, pueden resultar caóticas y pueden desorganizar la vida de las personas. Por este motivo, es recomendable intervenir en base a una preparación previa que permita la mayor comprensión posible de la situación de modo de brindar una primera ayuda psicológica lo más eficazmente posible. Se sugiere entonces que la preparación previa a la intervención contemple los siguientes aspectos:

- **La situación de crisis:** qué ocurrió, cuándo y dónde sucedió el evento disruptivo, cuántas personas se encuentran afectadas, quiénes son, cuál es su edad, situación socio sanitaria, vínculo entre ellos, etc.
- **Servicios y apoyos disponibles:** cuál es la red de derivación ante una urgencia, números de contacto, información sobre organismos locales de protección de derechos de niños/as y adolescentes, y de atención a víctimas de violencia de género, con qué recursos cuenta la comunidad local para contener situaciones sociales o sanitarias complejas (comedores, espacios de apoyo escolar, centros de jubilados, centros de integración comunitaria, clubes barriales, organizaciones sociales y de la sociedad civil, etc).
- **Seguridad:** qué protocolos de actuación se encuentran vigentes, la necesidad de realizar una intervención del equipo interdisciplinario, la necesidad de abordar la situación convocando a otros sectores como desarrollo social (por ejemplo, ante situaciones sociales complejas), fuerzas policiales y de seguridad (por ejemplo, ante situaciones de violencia de género), organismos de protección de derechos (por ejemplo, ante situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes), etc.

### Primer Principio: Observar

Muchas veces los escenarios y situaciones de crisis son muy dinámicos y cambiantes. Por este motivo, al momento de intervenir es recomendable detenerse, al menos un instante, para observar lo que rodea antes de ofrecer ayuda. Esto permitirá que la intervención se realice con mayor efectividad, con calma y habiendo reflexionado previamente. En esta instancia es preciso:

- *En primer lugar, comprobar la seguridad. Es decir, no acudir al lugar de la crisis si no está convencido/a de que es seguro. Si no fuera posible acercarse, intentar comunicarse con los afectados por medios remotos, o a una distancia que permita resguardar la seguridad.*
- *En segundo lugar, se requiere comprobar si hay personas con necesidades básicas urgentes, que desde el rol del equipo de salud se pueda ayudar a atender o a viabilizar la ayuda. Por ejemplo, llamando a emergencias médicas, garantizando primeros auxilios físicos, articulando con el segundo nivel de atención del sistema de salud y/o con el sector correspondiente.*
- *Finalmente, comprobar si hay personas que presentan reacciones de angustia grave, a quienes pueda resultar útil la PAP y cuál es la mejor manera de ayudar.*

Es posible que quienes sufren una angustia grave o de larga duración necesitan más apoyo que el que se brinda a través de PAP, sobre todo si no logran sostener su funcionamiento cotidiano, si la situación de angustia se extiende demasiado en el tiempo o cronifica, o si se configura alguna situación que revista riesgo. Es importante poder identificar a aquellas personas afectadas que puedan requerir de mayor atención en lo referido a cuidados y acompañamiento en salud mental, sabiendo que muchas personas pueden experimentar un nivel de angustia leve o nulo, y que la mayoría de las personas “se recuperan adecuadamente con el paso del tiempo, sobre todo si consiguen cubrir sus necesidades básicas y recibir el apoyo necesario, ya sea por parte de quienes le rodean y/o de PAP” (OPS, 2012).

**Tabla N° 4:** Algunas respuestas de angustia ante una situación de crisis y/o emergencia

- **Síntomas físicos (por ejemplo:** temblores, dolores de cabeza, sensación de agotamiento, pérdida de apetito o molestias y dolores).
- Llanto, tristeza, decaimiento de ánimo, pena.
- Ansiedad, miedo.
- Estar “en guardia” o nervioso.
- Temer que algo terrible va a ocurrir.
- Insomnio, pesadillas.
- No responder cuando se le habla, no hablar en absoluto.
- Estar desorientado en tiempo, espacio, o situación (por ejemplo, no saber su propio nombre, de dónde es, qué ha ocurrido).
- No estar en condiciones de cuidarse a sí mismo o a sus hijos (por ejemplo, dejar de comer o de beber, no poder tomar decisiones sencillas).

**Fuente:** Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OPS. 2012



### Segundo Principio: Escuchar

En esta instancia es preciso dirigirse a quienes puedan necesitar ayuda presentándose previamente. Dirigirse a las personas respetuosamente y de acuerdo con pautas sociales y culturales comprensibles. Brindar un lugar cómodo y de privacidad, evitando la interrupción de personas ajenas a la situación (curiosos, medios de comunicación, etc.). Si la persona está muy angustiada, evite dejarla sola.

Aunque algunas necesidades parezcan evidentes, es recomendable preguntar a la persona qué le preocupa y qué necesita, identificando sus prioridades y ayudando a ordenarlas.

Si la persona está muy angustiada, intente asegurarse que no se quede sola y ayúdele a calmarse. Para esto, puede dirigirse a la persona en un tono de voz tranquilo y suave, mantener contacto visual con la persona mientras habla con ella, recordarle que Ud. está para ayudarlo y que está a salvo, en caso de que corresponda. Si la persona tiene sensación de irrealidad o de desconexión, una ayuda puede consistir en contarle con su entorno a través de la respiración pausada y atenta, y la descripción de las cosas que puede ver y escuchar de su entorno.

### Tercer Principio: Conectar

Poner en contacto a las personas con fuentes de apoyo psicosocial es una parte muy importante de la Primera Ayuda Psicológica, en tanto ésta es una intervención breve en un contexto de crisis que busca que la persona recupere el control de la situación para implementar autónomamente los recursos comunitarios necesarios.

En esta etapa es importante ayudar a las personas a resolver sus necesidades básicas y acceder a los servicios que requiera, de modo que puedan progresivamente adquirir un sentido de mayor control sobre la situación. Para esto, es de mucha utilidad identificar apoyos –parientes, amigos/as, vecinos/as, referentes institucionales, etc.-, para promover el apoyo comunitario, recordar estrategias implementadas en otras situaciones difíciles del pasado y modos de sentirse mejor que posea la persona. A continuación, se presentan algunas estrategias habituales:

<b>Tabla N° 5: Algunas estrategias habituales</b>	
<i>Estrategias de respuesta para fomentar ante una situación de crisis</i>	<i>Estrategias de respuesta desaconsejables ante una situación de crisis</i>
• Descansar lo suficiente.	• Consumir sustancias psicoactivas en exceso
• Comer con regularidad y beber agua.	• Dormir todo el día.
• Hablar y compartir tiempo con familia y amigos.	• Trabajar sin descanso
• Hablar de los problemas con alguien de confianza.	• Aislarse de amigos y seres queridos.
• Realizar actividades de ocio que ayuden a relajarse.	• Descuidar la higiene personal.
• Hacer ejercicio físico.	• Tener comportamientos compulsivos o violentos.
• Encontrar maneras seguras de ayudar a otros en la crisis y participar en actividades comunitarias	

*Fuente: Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OPS. 2012*

Asimismo, la información precisa y clara, es un insumo fundamental para afrontar una crisis o situación de emergencia. Esto incluye no solo información sobre el evento ocurrido, sino también sobre el entorno de la persona que puede haberse visto afectado. Si bien las situaciones de emergencias pueden ser dinámicas y cambiantes, y es posible no contar con toda la información precisa en todo momento, es deseable transmitir con claridad las fuentes de información confiables, evitar la sobreinformación (“infodemia”) y la circulación de rumores.

Al transmitir la información, hay que ser conscientes de que el portador de malas noticias puede convertirse en objeto de frustración y de ira por parte de los/as afectados/as al no cumplirse las expectativas de ayuda depositadas en Ud. o en otros/as. Ante esa situación, es preciso mantener la calma y ser comprensivos.

Finalmente, es necesario tener presentes los aspectos religiosos y espirituales a la hora de intervenir en una situación de crisis y/o emergencia. Conocerlos y respetarlos puede resultar de gran ayuda en el momento de intervención, ya que las personas afectadas suelen recurrir a sus creencias para sobrellevar el dolor y el sufrimiento, muchas veces encontrando sentido y esperanza. Si bien las situaciones de crisis también pueden provocar un cuestionamiento de las creencias por parte de las personas afectadas, resulta de suma importancia conocerlas y entender el sentido que se le otorga en el procesamiento de la situación.

Terminada la intervención, debe darse un cierre a la PAP. Este momento debe ser claro para la/s persona/s involucradas. En la medida de lo posible, debe darse luego de haber conversado con la/s persona/s sobre las medidas adoptadas, los pasos a seguir, o habiendo hecho la derivación asistida con el correspondiente acompañamiento.

### ***Cuidarse a uno/a mismo/a y cuidar a quienes cuidan***

Para poder brindar una correcta ayuda a otros/as, es preciso que también pueda cuidar su propia salud integral. Para esto, la preparación previa a la intervención es un factor protector de su salud mental. Esta consiste, por un lado, en informarse sobre la situación acontecida, así como sobre las personas, instituciones y sectores que estarán interviniendo y, por otro lado, en considerar los aspectos propios o de su familia y entorno que puedan causar altos niveles de ansiedad mientras desempeña su labor de ayuda a los/as demás, de modo de decidir sinceramente si se encuentra en condiciones de realizar la tarea.

Para quienes intervienen en escenarios de crisis y/o emergencias, la mayor causa de estrés es la laboral (por ejemplo: extensas jornadas laborales, responsabilidades abrumadoras, falta de definiciones en las funciones, pobre gestión y/o comunicación, etc.). En este sentido, los mismos cuidados que aplican a la población general deben ser tenidos en cuenta para sí mismo, sumando la centralidad del trabajo integrado y cuidado del equipo de salud, a través de estrategias concretas que promuevan la buena comunicación y el acompañamiento. Se sugieren algunas:

- *Compartir la experiencia en un espacio de supervisión grupal y/o individual, o con personas de confianza.*
- *Valorar la ayuda brindada, incluido los pequeños gestos.*
- *Aprender a aceptar y reflexionar sobre lo que hizo bien, lo que no salió del todo bien, y las limitaciones de lo que pudo hacer dadas las circunstancias.*
- *Intentar organizar la tarea con el resto del equipo de salud de modo de no sobrecargar a ninguno de sus integrantes.*



Es importante destinar tiempo al descanso y la reflexión una vez finalizado su rol de proveedor de ayuda. Puede que la situación de crisis y las necesidades de las personas que ha encontrado hayan resultado muy problemáticas, y que le sea difícil cargar con su dolor y sufrimiento. Después de haber intervenido en una situación de crisis, tómese un tiempo para reflexionar sobre cómo le ha afectado la experiencia y para descansar.

Si le invaden pensamientos o recuerdos perturbadores sobre la experiencia, se encuentra muy nervioso/a o extremadamente triste, le cuesta dormir, o consume excesivas cantidades de alcohol o medicamentos, es importante recibir apoyo de alguien en quien confíe, de su entorno afectivo más cercano o bien de sus compañeros/as integrantes del equipo de salud, y no dejar de pedir ayuda profesional en caso de requerirla.

## Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir

### Nociones generales sobre normativas de la prescripción y dispensa de psicofármacos

#### Introducción

Los riesgos derivados del uso indebido de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas, la importancia de garantizar la disponibilidad de las mismas, así como su uso racional, hace necesaria la actuación de las autoridades reguladoras (en la intervención, control y vigilancia de las mismas en todos los campos, desde la producción al consumo); y de los profesionales que forman parte de la cadena de distribución del medicamento, responsables de la promoción, prescripción, dispensa y utilización de los mismos.

Es por ello que, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de estas políticas nacionales, se ponen a disposición las principales normas que regulan el tema.

### Uso Racional de los Medicamentos. Prescripción y Dispensa.

El concepto de "*Uso Racional de Medicamentos*" (URM) refiere: que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad (OMS, 1985).

Es importante destacar que el URM abarca las actividades de adquisición, producción, distribución, almacenamiento, prescripción, dispensa y utilización, entendiéndolas como parte de una misma cadena.

En mayo de 2010 en una publicación de la OMS se informó que "*...se calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente...*"<sup>8</sup>

Este uso incorrecto de los medicamentos genera un escenario nocivo para los pacientes y trae aparejadas importantes consecuencias a nivel de la salud pública.

Dentro de estas consecuencias se encuentran:

- las reacciones adversas a los medicamentos,
- los errores de medicación,
- el desperdicio de recursos,
- la pérdida de confianza del paciente,
- etc.

<sup>8</sup> Bolaños R, Bignone I, Papale R., Raimondi P. *Psicotrópicos y Estupefacientes. Visión Farmacológica y Normativa. Capítulo IX, Uso Racional de medicamentos y buenas prácticas de prescripción. Página 204. Argentina, 2014. Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/ssce/libro-psicotropicos-estupefacientes.pdf>*



Por lo dicho anteriormente es indispensable tomar medidas para la prescripción adecuada de medicamentos, dentro de las medidas a tomar, una de ellas es la de ejercitar el proceso de la prescripción racional.

### **Prescripción**

La prescripción de un fármaco es un proceso lógico deductivo, basado en información global acerca de un problema de salud.

El proceso de prescripción racional, comprende un conjunto de elementos que le permitirán al prescriptor apropiarse de las herramientas para pensar por su cuenta, comprender por qué se han seleccionado determinados protocolos de tratamiento, y orientar para hacer el mejor uso de ellos.

A continuación se mencionan los principales aspectos relacionados con el proceso de prescripción:

- *definir el o los problemas del paciente.*
- *especificar los objetivos terapéuticos.*
- *diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.*
- *escribir la receta (iniciar el tratamiento).*
- *brindar información, instrucciones y advertencias.*
- *supervisar la evolución del tratamiento<sup>9</sup>.*

### **Dispensación**

La dispensación suele ser el último acto profesional que sucede previo al uso del medicamento que ha sido prescripto por un médico y es realizado por un farmacéutico.

Es el momento en el cual se intenta alcanzar un objetivo, que el paciente:

- *obtenga la seguridad de acceder a lo prescripto,*
- *tenga la garantía de que se le entrega medicamento necesario, en la presentación, dosis y cantidades correspondientes.*
- *reciba toda la información necesaria, clara y suficiente, sobre el mejor uso de lo prescripto, incluyendo precauciones y su correcta conservación.*

Si bien la "Dispensación" se encuentra regulada por toda una serie de normas, que la Autoridad Sanitaria ha previsto y de la que haremos breve mención de los principales aspectos, queda en cada uno de los profesionales la obligación de conocer a conciencia toda la normativa existente.

## **Prescripción y dispensa: aspectos generales**

### **Prescripción**

- *Como en todo acto médico, la prescripción de los psicofármacos debe ser precedida por la adecuada anamnesis, para llegar así en principio a un diagnóstico presuntivo, y de acuerdo a los cánones internacionales indicar el psicofármaco adecuado para ese padecimiento.*

<sup>9</sup> Bolaños R., Bignone I., Papale R., Raimondi P. *Psicotrópicos y Estupefacientes. Visión Farmacológica y Normativa. Capítulo X. Arte de prescribir.* Página 215. Argentina, 2014. Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/ssce/libro-psicotropicos-estupefacientes.pdf>



- La Ley establece que tanto los médicos de la medicina humana, como los médicos de la medicina veterinaria pueden prescribir “sustancias sujetas a control especial”. Esto no ocurre con los odontólogos, por lo que queda en claro que los odontólogos no pueden prescribir este tipo de sustancias.
- Se recomienda, por Ley (25.649. Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico.), prescribir por nombre genérico (Denominación Común Internacional, DCI) (denominación Común Internacional) donde toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración.
- La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades <sup>10</sup>.

## Dispensa

- En la dispensación de las “Sustancias Sujetas a Control Especial”, el farmacéutico debe, además, ser el garante final del cumplimiento de todas las leyes que las regulan, observando si la receta médica cumple con todos los requisitos legales, en cuanto a que sean manuscritas, en castellano, legibles, que contengan los datos completos del médico que prescribe, su número de matrícula, dirección, teléfono y demás datos útiles para su identificación.
- El farmacéutico, entre otras obligaciones, también es el responsable de la adquisición de los productos a proveedores legítimos, de su correcta conservación y almacenamiento, del control de los vencimientos y exacto registro en los libros previamente rubricados por la Autoridad Sanitaria correspondiente.
- Se debe considerar también, que siempre se tienen en cuenta todas las modificatorias que actualizan los listados de las “Sustancias Sujetas a Control Especial”, o modifiquen su dispensación.
- Cabe destacar que existen jurisdicciones que adoptan normas con una mayor rigurosidad en la dispensación de alguna “Sustancia Sujeta a Control Especial”, usando el criterio que no se oponen a lo dictado por la Ley, ya que aplican una mayor carga legal al acto de dispensación de una receta médica.

## Condiciones de dispensación de las Especialidades Medicinales (Decreto 9763/64)

En 1964, mediante la “Ley Oñativia” (Ley 16643) se establecieron las condiciones de dispensación de medicamentos en nuestro país. En la misma se describen cuatro situaciones:

<sup>10</sup> Ley 25649 Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico Disponible en : [http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/ley\\_medicamentos\\_genericos\\_25649.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/ley_medicamentos_genericos_25649.pdf)



1. *Venta bajo receta y decreto*
2. *Venta bajo receta archivada*
3. *Venta bajo receta*
4. *Venta libre*

### **1. Venta Bajo Receta y Decreto**

Especialidades medicinales y medicamentos industriales que por la naturaleza de los principios activos que los integran se encuentran comprendidas dentro de los Decreto N° 126.351 del 19 de febrero de 1938 y 130.827 del 17 de septiembre de 1942, y de las Resoluciones Ministeriales que en su consecuencia y por la aplicación de los Convenios Internacionales de que el país es parte, sobre la fabricación, circulación y expendio de las sustancias toxicomanígenas, deben quedar sometidas a un control oficial. Se prescriben en recetas oficializadas, por triplicado. El original y el duplicado son para la farmacia. La receta deberá ser numerada correlativamente por el farmacéutico siguiendo el número de asiento en el libro recetario, donde será copiada, sellada, fechada y firmada por el director técnico de la farmacia, archivándose.

### **2. Venta Bajo Receta Archivada**

Todas aquellas especialidades medicinales y medicamentos industriales constituidos por principios activos que por su acción sólo deben ser utilizados bajo rigurosa prescripción y vigilancia médica, por la peligrosidad y efectos nocivos que un uso incontrolado puede generar. Comprenden también a las drogas que integran los listados de Psicotrópicos y Estupefacientes (Ley Nac. 17.818 y 19.303). Esta condición es para medicamentos que se dispensarán por el farmacéutico una única vez. La receta deberá ser numerada correlativamente por el farmacéutico siguiendo el número de asiento en el libro recetario, donde será copiada, sellada, fechada y firmada por el director técnico de la farmacia, archivándose.

### **3. Venta Bajo Receta**

Especialidades medicinales que son susceptibles de ser dispensadas con prescripción médica más de una vez. La misma se presenta en la farmacia y es devuelta al paciente.

### **4. Venta Libre**

Medicamentos destinados a aliviar dolencias que no exigen en la práctica una intervención médica; por la dosis, forma farmacéutica y condiciones de uso, no entrañan mayor peligro para el paciente por su amplio margen de seguridad.

## **Sustancias sujetas a control especial: psicotrópicos y estupefacientes**

Las sustancias farmacéuticas que actúan sobre el sistema nervioso central, denominadas psicotrópicos y estupefacientes, siempre han merecido una atención especial por su particular acción y su potencial de daño sobre la salud humana. Estas sustancias denominadas internacionalmente como "*sustancias controladas*", son estrictamente fiscalizadas por el Estado, a través de las leyes nacionales 19.303 (psicotrópicos), 17.818 y 23.737 (estupefacientes).

Generalmente, el uso de un psicotrópico puede traer como consecuencias cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Pueden ser de tipo estimulantes, antipsicóticos, tranquilizantes, entre otros.

En cambio, los estupefacientes o narcóticos están relacionados por lo general con el tratamiento y control del dolor. Se dice que estas sustancias tienen un índice terapéutico muy pequeño (ventana terapéutica pequeña): es decir que las dosis son muy exactas para cada patología e indicación en particular. Por ejemplo, con una concentración específica se puede producir excitación y con una concentración superior pueden deprimir el SNC. Es por ello, que su indicación y prescripción deben ser realizadas exclusivamente por el profesional médico especialista, y deben ser utilizados bajo estricta vigilancia médica.

En la Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es el organismo responsable de la aplicación de las mismas, a fin de ejercer los procesos de fiscalización y control<sup>11</sup>. Para intentar aproximarse a un mínimo conocimiento sobre este tema, en principio, deben tenerse en cuenta las siguientes definiciones presentadas a continuación.

## Definiciones según Disposición de la ANMAT N° 885/2010

- **Psicotrópicos:** Cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Normativamente son los incluidos en la Ley Nacional 19303.
- **Psicofármacos:** Todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto de tratamiento de padecimientos psíquicos o neurológicos.
- **Estupefacientes:** Toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc.) actuando por sí misma o a través de la conversión en una sustancia activa que ejerza dichos efectos. Normativamente son los incluidos en la Ley Nacional 17818.
- **Sustancias de riesgo:** Son sustancias controladas, bajo la condición de Venta Bajo Receta Archivada, que no están incluidas en los listados de psicotrópicos y estupefacientes. Existen varias disposiciones de ANMAT que definen cuáles son. Como ejemplos vinculados a medicamentos del área de la salud mental, podemos nombrar a la Risperidona, Olanzapina, Quetiapina.

## Listas de psicotrópicos y estupefacientes y tipo de receta necesaria

La prescripción de las especialidades medicinales que las contuvieren en su formulación debe realizarse en recetarios oficiales, tal cual lo establecido en las leyes nacionales específicas antes mencionadas<sup>12</sup>.

La Ley Nacional N°19.303 de psicotrópicos establece cuatro listas:

- **Lista I:** USO PROHIBIDO
- **Lista II:** dispensa con receta oficial por triplicado (original y duplicado para la farmacia)
- **Lista III:** dispensa con receta
- **Lista IV:** dispensa con receta

<sup>11</sup> ANMAT. ¿Qué son los psicotrópicos y estupefacientes?

Artículos de interés. Medicamentos. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/medicamentos/psicotropicos\\_y\\_estupefacientes.pdf](http://www.anmat.gov.ar/medicamentos/psicotropicos_y_estupefacientes.pdf)

<sup>12</sup> ANMAT. ¿Qué son los psicotrópicos y estupefacientes?

Artículos de interés. Medicamentos. Disponible en: [http://www.anmat.gov.amedicamentos/psicotropicos\\_y\\_estupefacientes.pdf](http://www.anmat.gov.amedicamentos/psicotropicos_y_estupefacientes.pdf)

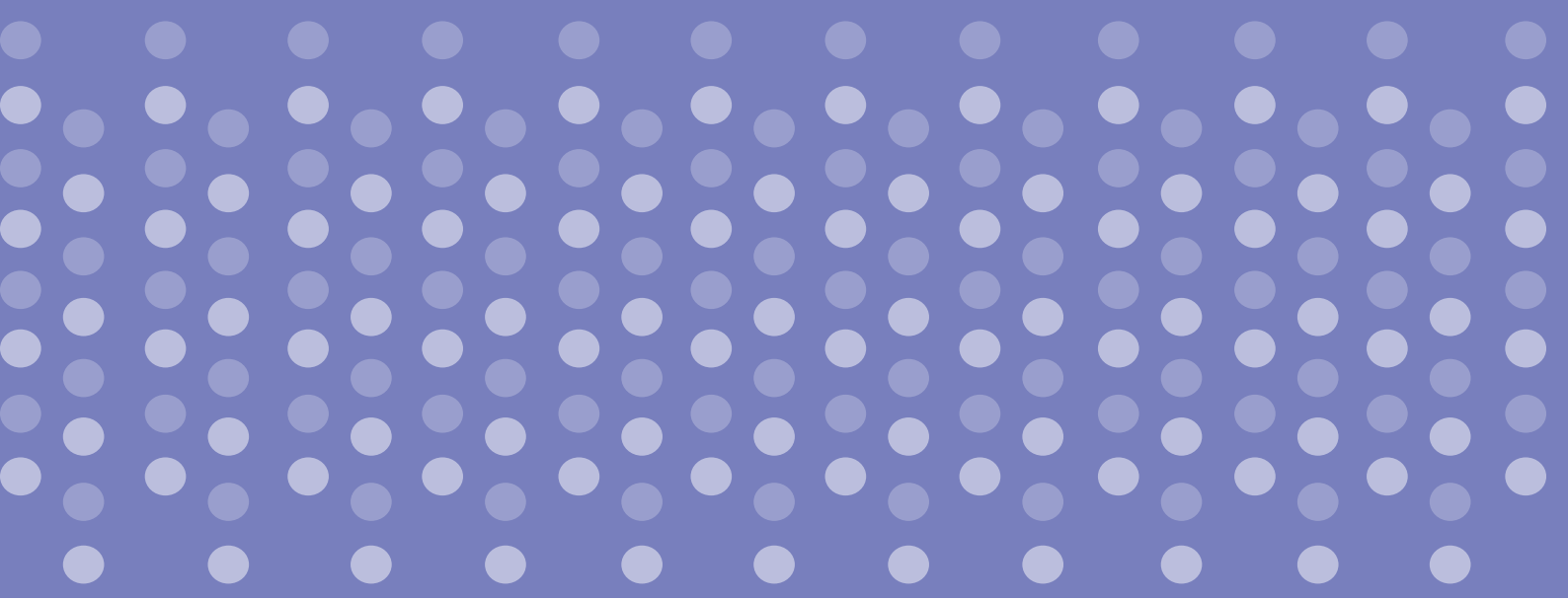


La Ley Nacional N° 17.818 de estupefacientes define tres listas:

- **Lista I:** dispensa con receta oficial por triplicado
- **Lista II:** dispensa con receta oficial por triplicado
- **Lista III:** dispensa con receta

# Situaciones Clínicas Frecuentes en el Primer Nivel de Atención

## Módulo II

- 4 Trastornos del sueño
  - 5 Duelo
  - 6 Intentos de suicidio. Conductas autolesivas. Suicidio
  - 7 Crisis y urgencias en salud mental
  - 8 Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir
- 



## Trastornos del sueño

El tiempo ideal de sueño es aquel que permite a las personas realizar las actividades diarias con normalidad, no pudiendo determinarse una cantidad exacta de horas que se necesite dormir. La duración del sueño nocturno varía entre las personas, disminuyendo las horas habituales de sueño en forma progresiva a lo largo de la vida. Oscila generalmente entre 5 y 10 horas en los adultos, siendo el promedio habitual entre 7 y 8 horas.

Dentro de los hábitos de la vida cotidiana, el sueño es uno de los factores que pueden afectar en gran medida la calidad de vida de las personas cuando está alterado, por lo que es un motivo muy frecuente de consulta a todo el equipo de salud.

Las necesidades de sueño también varían con la edad; los bebés recién nacidos necesitan alrededor de 18 hs. de sueño, los niños alrededor de 11 hs. y los adolescentes 9 hs. Las personas en edad adulta, por lo general necesitan menos horas de sueño aún y tienen un sueño más fragmentado y menos profundo, con mayor tendencia al despertar precoz y mayor latencia para conciliar el sueño. Estas son consideraciones generales, ya que hay bebés que duermen menos horas o personas adultas que duermen más y esto no implica que haya ningún trastorno del sueño. Sí es importante tener en cuenta que la cantidad de horas que una persona duerme puede ir variando a lo largo de los años.

### Insomnio

Dentro de los trastornos del sueño, el insomnio es el trastorno más frecuente. Se define como la dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo a lo largo de la noche o cuando el despertar final se ve adelantado de manera involuntaria, influyendo en el funcionamiento diurno y en la calidad de vida de las personas. Es importante destacar que, si no hay repercusión en el funcionamiento cotidiano de la persona al día siguiente, entonces no debe considerarse como insomnio. Esto es particularmente así en algunas personas que habitualmente duermen menos que el promedio de la población.

### Clasificación del insomnio

La diferenciación del tipo de insomnio permitirá establecer un tratamiento más adecuado, así como estimar el grado de respuesta y el pronóstico. Se lo puede clasificar en función de la etiología, momento de la noche en que aparece o por su duración:

Según la etiología:

- **Insomnio primario:** no tiene un factor etiológico claramente identificable ni factores precipitantes. Puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad.
- **Insomnio secundario:** aparece como consecuencia, o en el contexto de otros cuadros clínicos o de una situación adaptativa, que se conocen como factores precipitantes (ej. padecimientos mentales, enfermedades médicas o neurológicas, medicaciones o sustancias, trastornos primarios como apnea del sueño, síndrome de las piernas inquietas, parasomnias, etc.).



### Según el momento de la noche en que se produce:

- **Insomnio de conciliación:** la persona no puede dormirse, tiene dificultades para iniciar el sueño.
- **Insomnio de mantenimiento:** hay problemas para mantener el sueño; la persona logra conciliar el sueño, pero se despierta durante la noche.
- **Despertar precoz:** cuando el despertar se produce antes de terminar la noche, como mínimo dos horas antes de lo habitual para la persona.

### Según el tiempo de duración el insomnio:

- **Insomnio de corto plazo o agudo:** se caracteriza por durar hasta tres semanas o un mes. Generalmente aparece luego de situaciones estresantes menores (una enfermedad leve, un problema, un examen, mudanza, etc.).
- **Insomnio crónico:** aquel que dura más de tres semanas. Puede tener diferentes causas: hábitos, medicación o abuso de sustancias, problemas de salud mental, enfermedades graves o crónicas, etc. Asimismo, pueden identificarse factores precipitantes y de mantenimiento.

### Síntomas asociados

Las siguientes situaciones, cuando aparecen en la consulta, son signos que indican que debemos preguntar por la calidad del sueño del consultante:

- Fatiga o cansancio diurno.
- Síntomas de ansiedad o depresión.
- Alteraciones del humor: irritabilidad, disforia, tensión.
- Déficits leves de la atención o de la concentración.
- Déficits de memoria.
- Déficits en funciones ejecutivas.
- Excesiva somnolencia.
- Quejas somáticas (gastrointestinales, respiratorias, cefaleas y dolores no específicos).

### Aproximación diagnóstica

El mejor modo para estudiar el insomnio que padece una persona implica identificar el problema y realizar las preguntas adecuadas en el momento de la consulta. Es importante preguntar primero por la sensación de sueño no reparador, y luego indagar sobre posibles situaciones que afecten la calidad del sueño:

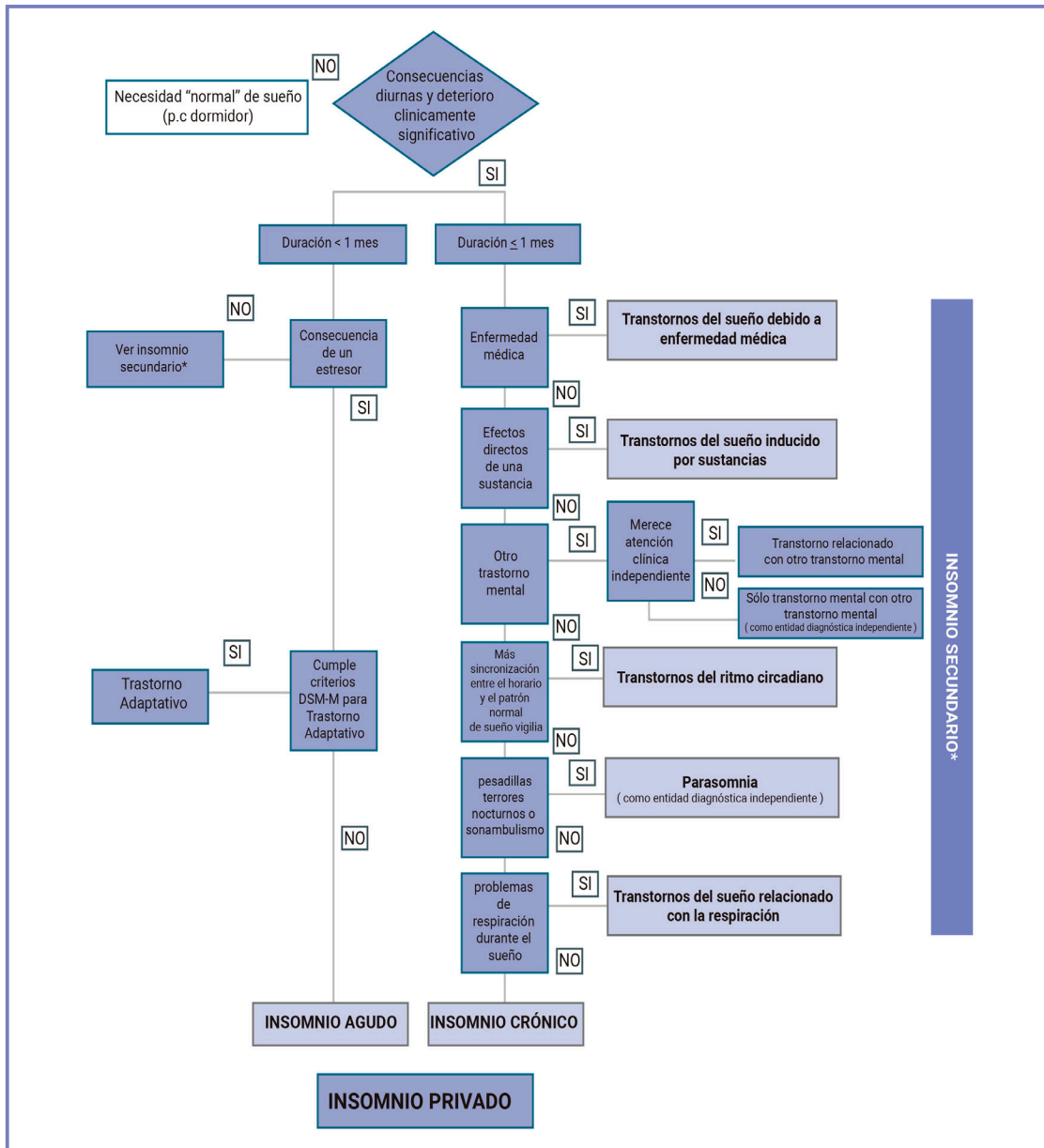
- Uso de alguna medicación, por ejemplo: descongestivos nasales, anfetaminas, corticoides, teofilina, fluoxetina, bupropion, imipramina, drogas de abuso como cocaína.
- Presencia de alguna patología que pueda propiciar el insomnio: apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, padecimientos mentales.

Luego se procede a conocer sobre las características de los hábitos de la persona y sobre el comienzo del trastorno del sueño y sus posibles desencadenantes: hábitos dietéticos, rutinas de actividad física y uso de dispositivos de pantalla.



## Algoritmo diagnóstico ante un/a paciente con quejas/dificultades en el sueño.

Figura N° 1: Paciente con quejas/dificultades de sueño.



Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009



## Abordaje

Siendo un factor que tiene relación con muchos aspectos en la vida de las personas, el abordaje del insomnio y sus posibles soluciones requiere que sea de modo integral, ya que por lo general una sola intervención suele ser insuficiente.

Para que sea más accesible la implementación del abordaje, debe ser individualizado según las posibilidades de cada persona y según el tipo de insomnio que presente, el impacto que tenga en su vida, las comorbilidades asociadas, y el tiempo de duración de la problemática.

En el tratamiento del insomnio crónico, las medidas de higiene del sueño se recomiendan como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas, ya que la eficacia de estas por sí solas es limitada.

### **El abordaje incluirá las siguientes medidas buscando ser progresivo en la inclusión de las mismas:**

- *Orientación y consejería.*
- *Higiene del sueño.*
- *Tratamientos psicoterapéuticos*
- *Tratamiento farmacológico.*

## Orientación y consejería

El abordaje inicial implica asesoramiento y consejería sobre higiene del sueño e intervenciones conductuales simples. Es importante tener en cuenta las posibilidades individuales y proponer alternativas que sean posibles para las personas. Se buscará la presencia de factores desencadenantes o asociados y de ser posible modificarlos. Si a pesar de esto la persona persiste con insomnio, se considerará una intervención psicoterapéutica sola o en combinación con un tratamiento farmacológico durante 6-8 semanas.

Si el/la paciente mejora la calidad de su sueño con estas intervenciones, se procederá a ir disminuyendo la medicación o indicar que la utilice a demanda según necesidad, con registro de tomas y posterior seguimiento para evitar la automedicación. Aquellas personas que no mejoren con este abordaje requieren una reevaluación de sus síntomas o una intensificación de la psicoterapia (preferentemente cognitivo conductual), con o sin terapia farmacológica concomitante reevaluando el plan farmacológico instaurado.

### **La orientación y consejería consiste en suministrar al/a la paciente y su familia información concreta y específica sobre el sueño y sus trastornos:**

- *Los trastornos del sueño son comunes en épocas de estrés o enfermedades orgánicas.*
- *La duración del sueño varía ampliamente y por lo general, es menor en personas mayores.*
- *Mejorar los hábitos del sueño ayuda a mejorar el problema.*
- *La preocupación sobre el insomnio puede agravar el problema.*
- *El alcohol puede ayudar a conciliar el sueño, pero también provoca fraccionamiento del sueño, sueño intranquilo y despertar precoz.*
- *Los psicoestimulantes como café, té, bebidas cola, cigarrillo, pueden causar o empeorar el insomnio.*

## Higiene del sueño

Esta estrategia consiste en una serie de medidas que favorecen un mejor descanso. Permiten también al/a la paciente ser más consciente de los factores temporales, conductuales y ambientales que impactan negativamente sobre su descanso. Entre las medidas que se recomiendan, se busca generar una situación cómoda y calma antes de ir a dormir, estableciendo una rutina de actividades que vaya en descenso progresivo con la consiguiente disminución de estímulos sonoros y visuales.

- Acostarse sólo cuando se tiene sueño.
- Evitar la realización de ejercicios físicos vigorosos antes de irse a dormir.
- Evitar la ingesta de abundantes líquidos antes de acostarse.
- Evitar siestas o realizarlas en un tiempo acotado.
- Evitar ingestas copiosas de comida por la noche.
- Evitar actividades estresantes en las horas previas de acostarse.
- Tratar de resolver o evitar las preocupaciones o problemas antes de acostarse, de modo de no quedarse pensando en ellas al intentar dormir.

## Intervenciones conductuales para tener en cuenta

- **Técnicas de relajación, respiración y meditación:** deben emplearse antes de irse a acostar. Una técnica de relajación recomendada es la relajación muscular progresiva y en ascenso de grupos musculares. También todas las diferentes técnicas de meditación o control de la respiración basadas en los principios del condicionamiento clásico, trata de asociar el uso de la cama con el sueño. Implica fijar una misma hora para despertarse todos los días, lo que permite estabilizar el ritmo sueño-vigilia.
- **Terapia de restricción de sueño (permanencia en la cama):** son intervenciones destinadas a aumentar la "eficiencia" del sueño, o sea el tiempo de sueño total respecto del tiempo que se pasa en la cama, restringiendo la cantidad de horas que se está en la cama al tiempo que exclusivamente se duerme. La persona no debe permanecer más de 20 minutos en la cama despierta. Si después de este lapso no puede conciliar el sueño, debe levantarse y realizar alguna actividad relajante, como leer o escuchar música suave. No se recomienda que se levante para mirar televisión o realizar alguna otra actividad estimulante. Solo debe volver a acostarse cuando se sienta con sueño. Si nuevamente no logra dormirse antes de los 20 minutos debe volver a levantarse y repetir el proceso.

## Tratamientos psicoterapéuticos

Actualmente, las terapias cognitivo-conductuales están ampliamente recomendadas para el tratamiento del insomnio crónico. Sin embargo, otros tipos de tratamientos psicoterapéuticos pueden establecerse en función de las posibilidades y los requerimientos de las personas.

## Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo del abordaje integral del insomnio. Si el tratamiento farmacológico es la opción que más se adapta a la persona, es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo.



**El riesgo de la terapia farmacológica incluye la aparición de efectos adversos, así como la dependencia y tolerancia con el uso a largo plazo.** El riesgo de efectos adversos se ve incrementado en las personas con enfermedades renales, hepáticas o pulmonares, apnea del sueño y personas mayores (especialmente en los mayores de 75 años). Tener en cuenta que en los consumidores habituales de alcohol y otras drogas psicoactivas pueden tener mayor tendencia a la dependencia.

Existen fundamentalmente dos grupos de drogas muy usadas para el tratamiento del insomnio:

- **Benzodiacepinas** (*Lorazepam, Midazolam, Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, etc.*). Dependiendo del tipo de insomnio del que se trate, se puede utilizar una benzodiacepina u otra. Esta decisión está dada por el tiempo de inicio de acción y por la vida media de la droga.
- *Fármacos hipnóticos no benzodiacepínicos o inductores del sueño*
- (*Zolpidem, Zopiclona y Eszopiclona*).

En personas con insomnio asociado a depresión, los antidepresivos con mayor poder sedativo como la Mirtazapina o algunos antipsicóticos sedativos como la clotiapina, quetiapina, levomepromazina, prometazina que también pueden ser una alternativa.

## 5

## Duelo

### Definición de duelo

Se llama duelo al proceso que se produce luego de una pérdida. Es una reacción adaptativa natural y normal, por lo que es esperable que, luego de un tiempo variable, se supere sin necesidad de tratamiento.

Es importante considerar que el duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante momento a momento, persona a persona y entre familias, culturas y sociedades. En este sentido, no está sujeto a pautas universales, aunque existen algunos rasgos comunes como la pérdida de interés en el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para escoger algún nuevo objeto de amor y la inhibición de la productividad.

El duelo puede asociarse a pérdidas de índole muy diversa: empleo, vivienda, bienes, situaciones, etc., aunque por lo general se refiere a una pérdida afectiva (fallecimiento, separación) y a los sentimientos y demostraciones de pesar frente a la misma.

### El duelo durante situaciones de emergencias y catástrofes

La situación de emergencia sanitaria por COVID-19 evidenció el impacto que la realidad sanitaria puede tener sobre las distintas esferas de desarrollo de la vida humana: laboral, económica, socioafectiva, etc. Dentro de estos cambios, el proceso de duelo también se ha visto alterado debido a las condiciones de cuidado de la salud en las que se tuvieron que desarrollar (restricciones, cuarentenas, distanciamiento social, etc.). Al fallecimiento de la persona querida se sumó durante la pandemia la incertidumbre y angustia por la situación sanitaria.

A partir de las experiencias recogidas en este tiempo transcurrido, el trabajo de duelo se puede ver beneficiado cuando las personas son acompañadas por su red de apoyo y por rituales culturales, ceremonias fúnebres, que ayuden a simbolizar la pérdida. Es posible que pueda obtenerse mayor información al respecto a partir de las experiencias que se vayan manifestando con el paso del tiempo.

### Manifestaciones del duelo normal

Las personas que atraviesan un duelo pueden presentar diferentes síntomas físicos o bien algunas sensaciones o cambios en su conducta habitual. Entre los más frecuentes se encuentran:

- *Bajo estado de ánimo, tristeza o desinterés.*
- *Sentimiento de soledad.*
- *Enojo con la persona que falleció o consigo misma por no haber podido evitar la muerte, o con el equipo médico. A veces es difuso y la persona se muestra de malhumor.*
- *Sentimientos de culpa: centrados en lo que se podría haber hecho o no se hizo en el momento de la muerte del ser querido. A veces, este sentimiento también puede aparecer desplazado hacia la figura del/de la médico/a o del equipo de salud en general, cuya intervención puede ser percibida como tardía. También puede aparecer en relación al hecho de seguir vivo, sobreviviendo a la persona fallecida.*

- **Ideas de muerte:** ideas en torno al deseo de haber muerto junto con la persona fallecida o en lugar de ella.
- **Ansiedad:** puede ser leve, o incluso manifestarse como ataques de pánico. La ansiedad puede aparecer porque la persona se siente más insegura sin el ser querido recientemente fallecido o porque adquiere mayor conciencia sobre su propia muerte.
- **Insensibilidad:** aparece en los primeros momentos del duelo, a modo de protección ante el dolor.
- Abandono de actividades sociolaborales.
- Falta de concentración.
- Hiperactividad.
- Sensación de despersonalización (“no soy yo”).
- Trastornos del sueño.
- Anorexia, pérdida de peso.
- Disnea, sensación de falta de aire.
- Molestias precordiales.
- Mareos.
- Sensaciones inespecíficas en el estómago (sensación de “vacío”).
- Debilidad muscular.
- Astenia.
- Trastornos sensorceptivos transitorios en forma de alucinaciones en las que la persona refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida (alucinaciones visuales o auditivas). Estos trastornos ocurren en los primeros momentos.

Estas manifestaciones del duelo no se dan en forma concomitante ni en cada persona de la misma forma. Cada uno vivirá el duelo de un modo particular y único, dependiendo de su personalidad, del momento vital en el que se encuentre, de la relación con la persona fallecida y según creencias religiosas, y características culturales y sociales.

### **Etapas del duelo normal**

Se distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo:

1. **Fase de impacto, negación, conmoción o incredulidad:** dura desde unos días a un mes aproximadamente. Se caracteriza por los sentimientos derivados de la negación o la incredulidad, así como el rechazo y el autorreproche. Aparece la sensación de que lo que ha ocurrido no es verdad. En este sentido, se debe considerar que la negación de que lo que ha ocurrido no es verdad. En este sentido, se debe considerar que la negación es un mecanismo de defensa esperable que aparece en el psiquismo como un intento de defensa ante la realidad dolorosa. La negación puede presentarse de diferentes formas: la persona puede descubrirse llamando a la persona que ya no está, o cree haberla visto en la calle. Algunas personas intentan terminar con todo lo que tenga que ver con la persona fallecida cuanto antes (por ejemplo, deshacerse de sus pertenencias muy rápidamente). Otra forma de negar el dolor es buscar el aturdimiento mediante distracciones, salidas o consumo de alcohol, drogas, etc. A veces, la respuesta es alejarse de la realidad, distanciándose de las personas próximas, con respuestas frías e incluso inadecuadas. Muchos de estos intentos de negar el dolor

*están dentro de lo esperable y constituyen un modo de atravesar el primer momento del proceso de duelo.*

- 2. Fase de duelo agudo:** *se caracteriza por síntomas depresivos y aislamiento, también por sentimientos de ira o enojo. La persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc.*
- 3. Fase de recuperación o resolución:** *resulta imposible establecer una fecha exacta para terminar un proceso de duelo, ya que es muy personal; sin embargo, el proceso del duelo por lo general dura entre 1 y 2 años. En esta etapa comienza la aceptación de la nueva situación como algo irremediable, se recupera el interés por otras actividades y se establecen nuevas relaciones. Se retorna al nivel de funcionamiento cotidiano esperable y se es capaz de establecer nuevos lazos afectivos.*

El duelo no es un proceso lineal, puede haber idas y vueltas esperables en el estado de ánimo. Asimismo, las etapas antes mencionadas no son etapas rígidas, sino que puede haber solapamiento y fluidez entre ellas. Durante el duelo se produce un trabajo psíquico que permite elaborar o no la pérdida. Este trabajo ocurrirá según los recursos emocionales de cada persona y los apoyos externos que tenga. El duelo no es un estado pasivo por el que el individuo transcurre atravesando las etapas, sino que en este proceso activamente se desarrollan ciertas tareas o trabajos psíquicos.

Se pueden plantear 4 tareas que deben realizarse para elaborar un duelo. Pueden no darse en la cronología planteada, ya que, como se viene diciendo, el proceso es dinámico y personal:

- 1. La aceptación de la pérdida:** *supone afrontar la realidad de que la persona fallecida ya no está y no volverá. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo, no sólo es una aceptación intelectual sino también, y, sobre todo, emocional.*
- 2. El trabajo de las emociones y del dolor de la pérdida:** *la expresión de las emociones y del dolor facilita el flujo de este proceso y la elaboración del duelo. El hablar del tema y contar lo sucedido dejando que afloren los sentimientos, así como también los ritos funerarios, facilitan la expresión de la aflicción y las emociones contrarrestando la negación.*
- 3. La adaptación a un medio en el que la persona fallecida está ausente:** *la ausencia de la persona fallecida determina que en muchas ocasiones ciertos roles y posiciones se tengan que redefinir. Afrontar y adaptarse a estas nuevas situaciones, en las que a veces hay que tomar decisiones que tal vez anteriormente tomaba la persona fallecida, genera un desafío para la persona que está atravesando el duelo. Estas situaciones pueden hacer que la persona que está transitando el duelo se sienta cuestionada en el sentido de que, si otro cubría ciertas necesidades, el sujeto no necesitaba enfrentarse con sus propias falencias. Para otras personas, en cambio, a veces estas situaciones pueden convertirse en una oportunidad para descubrir capacidades propias que se desconocían y antes se atribuían a la persona fallecida, esto resulta entonces en una mayor autovaloración, lo que ayuda también a elaborar el duelo.*
- 4. La reubicación emocional de la persona fallecida y la continuación de la vida personal:** *el objetivo de esta etapa es encontrar un lugar adecuado en la vida emocional para el recuerdo de la persona fallecida y poder seguir viviendo. La persona fallecida no se olvida, pero su recuerdo puede estar sin provocar una reacción emocional muy intensa, por ejemplo, de angustia.*



### ***Duelo normal, duelo patológico y depresión mayor***

Los términos duelo normal o duelo patológico aplican al curso que toma el proceso del duelo, la evolución temporal y el modo en que la persona va elaborando y adaptándose a la pérdida. **El denominado duelo patológico, puede ser una intensificación de la respuesta adaptativa o un alargamiento del tiempo de resolución o una detención en alguna de las etapas normales del duelo.** En este sentido, un primer elemento a evaluar es el tiempo transcurrido desde la pérdida, siendo aproximadamente uno o dos años el período necesario para que una persona pueda elaborarla. A pesar de que, como se mencionó anteriormente, no es posible establecer un tiempo exacto para elaborar la pérdida, ya que es un proceso personal atravesado por muchos factores, es necesario que el equipo de salud evalúe que, si el proceso del duelo está detenido o “congelado”, y las etapas normales y esperables del duelo no fluyen, cabe la posibilidad de que se esté en presencia de un duelo patológico.

**Los duelos patológicos se caracterizan por la rigidez y la falta de flexibilidad y de evolución. El duelo patológico implica que el sujeto ha quedado fijado a la persona perdida y no puede superar su pérdida.**

Muchos de los síntomas que suelen aparecer en el duelo normal, son similares a los que se presentan en una depresión; la diferencia entre ambas es que en el duelo no hay disminución de la autoestima, auto-reproches ni auto-acusaciones; elementos que sí son frecuentes en la depresión.

La persona en duelo puede tener auto-reproches, pero siempre aparecen vinculados al modo en que se actuó o no en relación con la persona fallecida, no se trata de un auto-reproche generalizado hacia su propia persona con minusvalía en cuanto a su apreciación personal. La persona deprimida se ve a sí misma desvalorizada y muy lejos de sus expectativas, con expresiones de tipo “no sirvo para nada”, “no tengo motivos para seguir viviendo”.

El DSM-V<sup>13</sup> reconoce que el duelo es un estresor psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en personas vulnerables, generalmente poco después de la pérdida. La depresión mayor relacionada con el duelo es más probable que ocurra en individuos con historial personal o familiar de episodios depresivos. Está influenciada genéticamente y está asociada con características de personalidad, patrones de comorbilidad y riesgo de cronicidad y/o recurrencias similares a los que se presentan en los episodios depresivos mayores no relacionados con el duelo. Estos síntomas depresivos asociados con el duelo responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo.

**Es importante reconocer los síntomas del duelo, así como también reconocer los síntomas de duelos patológicos y diferenciarlo de la depresión mayor para poder realizar una interconsulta oportuna con profesionales de salud mental o considerar un tratamiento farmacológico si fuera necesario.**

<sup>13</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSMV. American Psychiatric Association. APA. 2013. [https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf)



## Consideraciones sobre el abordaje integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención

En muchos casos, las personas transcurren el duelo sin necesidad de establecer contacto con el sistema de salud. En otros casos, el dolor o la angustia se manifiestan a través de síntomas físicos: astenia, pirosis (acidez), cefalea, mareos, astenia (falta de energía), insomnio etc., que motivan la consulta con el médico de atención primaria.

**Estas personas generalmente se presentan a la consulta para realizarse un chequeo de salud o porque se sienten desganadas y cansadas, sin registrar ni comentar que se encuentran transitando un duelo, ni relacionando sus síntomas con la situación que están viviendo.**

El personal de salud de atención primaria puede identificar a aquellas personas que están atravesando un duelo, con el objeto de monitorear su evolución y evaluar los síntomas predominantes y su intensidad; así como también redefinir el problema cuando no está claro. Es decir, transformar el motivo de consulta aparente (cefalea, mareos, astenia, etc.) en el verdadero: que está atravesando un duelo.

**Cuando una persona que está atravesando un duelo consulta por síntomas somáticos, es importante “normalizar” o “despatologizar” el síntoma explicando que es habitual que se sienta de esa manera e invitarla a hablar del tema.** El hecho de conversar sobre lo ocurrido y dejar que la persona exprese sus emociones y su dolor estimula la elaboración del duelo y la adaptación a la pérdida. Reflexionar sobre lo que se está viviendo, muchas veces es suficiente para que la persona se sienta mejor. Se pueden realizar preguntas abiertas para entablar diálogo como ser: ¿Qué ocurrió?, ¿Cómo se siente?, ¿Qué es lo que más extraña?, etc.

El relatar varias veces los hechos, permite que desde una perspectiva mental se vaya elaborando la situación. La escucha atenta anima a las personas a contar lo que en otras circunstancias no harían (Ver 1. Salud Mental Comunitaria, Capítulo 2).

Es importante destacar que es necesario lograr una distancia adecuada con la persona, es decir, estar lo suficientemente cerca como para entenderla y lo suficientemente lejos como para no sentirse involucrado/a con la misma intensidad con que lo vive la persona, lo cual dificulta la realización de intervenciones beneficiosas por parte del personal de salud.

Los síntomas somáticos por lo general no deben tratarse farmacológicamente, ya que se corre el riesgo de “medicalizar” una situación que no es una enfermedad. Sin embargo, hay situaciones en las que es razonable indicar un tratamiento farmacológico para aliviar alguno de los síntomas; en estas situaciones, hay que aclarar igualmente que los síntomas forman parte del proceso del duelo.

Ante una situación de duelo normal se propone considerar realizar los siguientes pasos:

**1º paso: asegurarse que la persona no tiene alguna de las siguientes condiciones:**

- *Padecimientos mentales preexistentes.*
- *Riesgo de autolesiones o de conductas suicidas.*
- *Presencia de una enfermedad física que explique los síntomas actuales.*

**2º paso: primeras medidas:**

- No prescribir antidepresivos o benzodiazepinas.
- No tratar los síntomas con tratamientos placebo o ineficaces, por ejemplo, vitaminas.
- Abordar la automedicación inapropiada, si es que ocurre, tratando de que la persona la suspenda gradualmente
- Reactivar las redes sociales, familiares y comunitarias para que apoyen a la persona que se encuentra atravesando el duelo.
- Donde sea posible y esté indicado, considerar un programa de actividad física reglada, promoción de la recreación y actividades sociales y culturales, métodos de relajación, y consejería para afrontar los problemas.
- Realizar un seguimiento para evaluar el progreso del cuadro, los síntomas y las necesidades eventuales de tratamiento de un padecimiento mental o enfermedad física.
- Realizar interconsulta con equipos de salud mental si la persona no muestra mejoría.

**3º paso: manejo de factores estresantes:**

- Ofrecer apoyo emocional básico, escuchar poniéndose en el lugar del otro, sin presionar a la persona para que hable.
- Evaluar sus necesidades e inquietudes.
- Reactivar las redes familiares y comunitarias para proveer apoyo psicosocial.
- Evitar desahogos emocionales prolongados (de un lapso de más de 15 o 30 minutos de duración) dado que pueden ser perjudiciales para la persona, intente detenerlos con suavidad, reconociendo verbalmente el dolor que se experimenta.

**4º paso: manejo de síntomas físicos que no tienen explicación:**

- En caso de que la persona presente síntomas físicos sin que se haya encontrado una causa biomédica después de una evaluación.
- Comunicar a la persona las conclusiones con los resultados del examen físico y los exámenes de laboratorio si los hubiera, diciendo que no se ha identificado ninguna enfermedad relevante o peligrosa.
- Evitar nuevos exámenes médicos innecesarios.
- Ayudar a reconocer que los síntomas no son “**imaginarios**”; por ningún motivo transmitir a la persona que “**no tiene nada**”. Los padecimientos mentales o las crisis vitales pueden ser causa de enfermedad física y además son fuente de un malestar significativo para la persona.
- Analizar con la persona los síntomas somáticos y explicar cómo se pueden relacionar las sensaciones corporales (por ejemplo, opresión torácica, epigastralgia) con los problemas que tiene en su vida cotidiana y las manifestaciones emocionales consecuentes.
- Intente estimular la continuación de las actividades normales, o el regreso gradual a las mismas.
- Promover el apoyo psicosocial, ofreciendo a la persona atención en salud mental si la requiere; recomendar que consulte nuevamente si los síntomas empeoran.

## Intentos de Suicidio. Conductas autolesivas. Suicidio<sup>14</sup>

### Un problema de Salud Pública

El suicidio constituye una causa de muerte muy importante en las estadísticas sanitarias a nivel mundial, regional y nacional.

La proporción de hombres que se quitan la vida es mayor que la de mujeres (80% de los suicidios consumados entre 2008 y 2017 fueron varones). Se estima que cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo y se calcula que por cada persona adulta que consuma un suicidio otras 20 lo intentan. Estas cifras justifican que se considere al suicidio como un grave problema de Salud Pública a nivel mundial (OMS, 2016).

En poblaciones específicas, como los adolescentes y adultos/as jóvenes, el suicidio es una importante causa de muerte a nivel mundial, después de los accidentes y las neoplasias. En la población de personas mayores se han incrementado las tasas en los últimos años, aunque, en razón del peso relativo de otras condiciones de salud, el suicidio está situado al menos como la vigésima causa de muerte.

En la Argentina, la tasa de suicidio general se ha mantenido relativamente estable desde hace cuatro décadas, con un incremento entre adolescentes y adultos/as jóvenes de menos de 35 años y de personas de más de 65 años. En ese contexto, se ha registrado que el suicidio representa el 16% de las causas externas de muerte en la Argentina entre el 2008 y 2017.

Dada la frecuencia de este tipo de conductas, es importante que desde el Primer Nivel de Atención se puedan promover acciones de prevención en cada comunidad, tanto específicas como inespecíficas, de promoción de factores protectores de la salud mental, así como de identificación de personas y poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad psicosocial para poder intervenir de forma temprana. Asimismo para intervenir en situaciones de urgencia como un intento de suicidio para poder brindar la asistencia necesaria, así como para hacer una eventual derivación al hospital general de referencia; y en casos de suicidios consumados, poder generar intervenciones de postvención en comunidad.

### Conducta suicida e intentos o tentativas de cometer suicidio

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, los “*equivalentes suicidas*”, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto.

Aunque la conducta suicida no es un comportamiento exclusivamente producto de un padecimiento mental como, por ejemplo, la depresión, es en el contexto de dicho cuadro donde se encuentra la mayor incidencia de muertes por suicidio.

<sup>14</sup> El presente capítulo está basado en el Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. -TRAPS- Módulo Salud Mental, capítulo 8vo., de la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2017; y en los Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes, de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, 2012. Se aclara que éstos últimos son aplicables a la población general.



Es importante distinguir:

1. *La crisis suicida de origen psicosocial.*
2. *La crisis suicida de una persona afectada por un padecimiento mental.*

Diversos autores sitúan la ansiedad como uno de los factores más implicados en el riesgo inminente de suicidio en personas que padecen depresión; mientras que la desesperanza y la anhedonia grave serían factores de más peso en los suicidios que están enmarcados en padecimientos prolongados y con sucesivas crisis que deterioran la existencia de la persona como la esquizofrenia, los trastornos bipolares y los trastornos de la personalidad (trastorno límite y otros).

La tentativa o el intento de suicidio es más frecuente en las mujeres, si bien ya describimos que los suicidios consumados son más frecuentes en los hombres.

Ya sea que la tentativa responda a una u otra de las situaciones de crisis mencionadas, se han descrito múltiples motivaciones que pueden, en un momento dado, llevar a una persona a cometer un intento de suicidio.

**Es necesario tener presente que la problemática del suicidio es siempre motivada por múltiples causas y su abordaje debe ser multifactorial. Reducir el intento o tentativa suicida a una causa única invisibiliza la multiplicidad de factores intervinientes y puede dificultar la necesidad de realizar un abordaje integral desde una perspectiva comunitaria.**

A continuación, se describen algunos de los elementos a tener en cuenta en el marco de la evaluación de riesgo ante un intento de suicidio:

**Tabla N° 6: Algunos elementos para evaluación del riesgo ante intento de suicidio**

<b>Circunstancias objetivas de la tentativa de suicidio</b>	<p><i>Aislamiento:</i> ¿Le avisó a alguien que iba a hacer una tentativa de suicidio?</p> <p><i>Manejo de los tiempos:</i> ¿La tentativa de suicidio fue planificada como para no ser descubierto?</p> <p><i>El suicida tomó precauciones para no ser descubierto:</i> ¿Por ejemplo, encerrarse y cerrar con llave?</p> <p><i>Disimulación de la tentativa de suicidio ante las personas presentes:</i> ¿Confesó su intención cuando se lo preguntaron?</p> <p><i>Actos realizados en previsión de la muerte:</i> ¿Cambió proyectos, hizo regalos o legados inhabituales?</p> <p><i>Preparación de la tentativa de suicidio:</i> ¿Preparó un escenario suicida?</p> <p><i>Hubo intención escrita de la tentativa de suicidio:</i> ¿Dejó mensajes escritos anunciando o explicando la tentativa de suicidio?</p> <p><i>Comunicación verbal de la tentativa de suicidio:</i> ¿Lo dijo abiertamente con anterioridad?</p>
---	--

<p><b>Intención informada por la persona</b></p>	<p><b>Objetivo de la tentativa de suicidio:</b> ¿Había intención de quitarse la vida?</p> <p><b>Expectativas respecto de la letalidad del método elegido:</b> ¿Pensaba que iba a morir?</p> <p><b>Apreciación de la letalidad del método:</b> ¿Utilizó un método más peligroso de lo que creía?</p> <p><b>Gravedad percibida del gesto suicida:</b> ¿Creía que el método empleado era suficiente para morir?</p> <p><b>Actitud ambivalente frente la vida:</b> ¿Quería morir realmente? ¿O solo no pensar más o no estar más angustiado?</p> <p><b>Percepción de la irreversibilidad del acto:</b> ¿Estaba segura/o de que iba a morir a pesar de la asistencia de salud?</p> <p><b>Grado de premeditación:</b> ¿El gesto fue impulsivo o estuvo precedido de una meditación previa?</p>
<p><b>Otros aspectos</b></p>	<p><b>Reacción a la salida del tratamiento agudo:</b> ¿La persona lamenta seguir con vida?</p> <p><b>Representación de la muerte:</b> ¿La muerte es representada de una manera positiva?</p> <p><b>Cantidad de tentativas de suicidio anteriores:</b> ¿Hubo en el pasado varias tentativas de suicidio? ¿Cuán seguidas fueron unas de otras?</p> <p><b>Consumo de alcohol durante la tentativa de suicidio:</b> ¿Hubo un consumo de alcohol que facilitó el pasaje al acto?</p> <p><b>Consumo de drogas durante la tentativa de suicidio:</b> ¿Hubo consumo de drogas que facilitó el pasaje al acto?</p>

**Fuente:** Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud -TRAPS- Módulo Salud Mental. Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación (2017).

### Conducta parasuicida o equivalentes suicidas

En las conductas parasuicidas, la motivación no es la muerte sino un pedido de ayuda, un **“grito”** llamando a aliviar un sufrimiento psíquico inexpresable en palabras o una manera disfuncional de aliviar una tensión interna: como es el caso de las autolesiones, muy frecuentes entre los adolescentes, como se analizará más adelante.

También existen otras formas de atentar contra sí mismo, **“conductas de riesgo”** o las autodestructivas que algunos/as autores/as han designado como **“equivalentes suicidas”**. Este término alude a un patrón de comportamiento en el que no existe la voluntad consciente y expresa de morir, pero cuya ejecución pone en riesgo la vida (ciertos deportes de riesgo, relaciones sexuales con personas desconocidas sin protección, toxicomanías endovenosas sin precaución, etc.).

También se han englobado en esta definición ciertos hábitos naturalizados que conllevan riesgos (consumo excesivo de tabaco, alcohol, obesidad, etc.) o inobservancia en el cumplimiento de tratamientos por parte de



las personas aquejadas por enfermedades de cuidado constante (diabetes, SIDA, cáncer, EPOC, etc.).

### **Consideraciones sobre el abordaje integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención**

No desestimar ninguna comunicación de ideas o proyectos suicidas, por vagos que estos sean. Un alto porcentaje de las personas que intentan suicidarse hacen saber estas circunstancias a su entorno o al personal de salud en las semanas o meses previos a una tentativa de suicidio.

No minimizar las manifestaciones o comunicaciones de personas en estado de crisis calificándolas como "chantaje", "manipulación" o "histeria", perdiendo la oportunidad de intervenir efectivamente en prevención del suicidio.

En particular, en el caso del abordaje de la persona con depresión el personal de salud debe evitar caer en errores frecuentes, tales como exhortar a dominarse o a animarse, decirle que la depresión es cosa de "**poner voluntad**", que "lo tiene que solucionar uno mismo", o recomendarle un viaje o vacaciones.

Es positivo que tanto el/la profesional como las personas del entorno dirijan a la persona afirmaciones de tipo tranquilizador, como explicarle que no es un caso único, que su problema es conocido y que hace sufrir mucho a quien lo padece, pero que, en cambio, no es peligroso si recibe tratamiento, que es un padecimiento que tiene tratamiento eficaz, que puede haber avances y retrocesos, pero que se pueden prevenir y tratar. En estos casos la mejor y más eficaz manera de prevenir la conducta suicida es la detección precoz de la depresión, instaurando con rapidez un tratamiento adecuado, valorando al mismo tiempo el potencial suicida de la persona y si éste es elevado tomar las medidas de contención correctas, como puede ser el acompañamiento continuo de la persona por la familia y/o por acompañantes terapéuticos si se instala un tratamiento domiciliario, o la internación en el hospital general de referencia.

### **Fijar objetivos terapéuticos por etapas y a corto plazo.**

La alianza con la familia y/o con allegados/as y amigos/as es indispensable para instalar una terapéutica adecuada; debiéndose actuar con la red afectiva de la persona por medio del esclarecimiento y la información a fin de contarlos como aliados/as en la contención de la persona.

### **¿Internación o tratamiento ambulatorio de las conductas suicidas?**

La decisión de la estrategia del tratamiento a seguir estará supeditada a los resultados de la evaluación del riesgo suicida. Para esto, se debe realizar una entrevista lo más amplia posible y recurrir a la exploración de toda la serie de factores que permitan determinar una conducta

El Primer Nivel de Atención es un escenario donde con frecuencia el equipo se encontrará con estas situaciones, por lo que es deseable que la determinación del riesgo se realice en el mismo momento en que el equipo de salud toma contacto con la situación (consultorio, domicilio de la persona, en la comunidad), evitando recurrir a una derivación al segundo nivel para determinarlo.

**Hablar del tema con la persona respecto de la que se infiere que tiene ideas suicidas no es un factor inductor del mismo.** Por el contrario, el abordar el problema francamente - con frases que gradúen la dramaticidad de la situación tales como: "**¿Ha pensado en hacerse daño?**"- genera una disminución de la tensión psíquica y permite a la persona saber que puede confiarse a un/a profesional que comprende su situación y le puede ofrecer una salida alternativa a sus conflictos.

Debemos destacar que cuando las ideas suicidas se presentan en el contexto de una crisis psicótica con ideas delirantes la entrevista tendrá poca o ninguna efectividad para controlar el riesgo y la internación en hospital general debe aparecer como primera opción.

La experiencia clínica indica que cuando una persona se presenta calma y ya no habla del tema, luego de haber comunicado en los días o las horas anteriores a la entrevista ideas de suicidio acompañadas con intensa angustia o agitación, no se debe interpretar automáticamente esa nueva actitud como una mejoría ya que la misma puede corresponder a la *“calma”* a la que se arriba cuando se ha tomado la decisión autolítica. No hay que olvidar que una persona calma su angustia momentáneamente cuando está con el/la profesional como resultado de la verbalización catártica y la contención que le otorga su presencia protectora, pero la angustia renacerá apenas este/a se aleje y el riesgo de pasaje al acto se puede acentuar. **Por este motivo, es importante informar, habilitar y acompañar a la persona para que pueda contar con el equipo de salud, la red socioafectiva y los dispositivos y efectores de la comunidad adonde pueda concurrir en momentos de dificultad, angustia o necesidad de apoyo no solo de salud sino de cualquier tipo.**

### **Abordaje desde el Primer Nivel de Atención**

En caso de que se tome la decisión de una internación, ésta se debe ejecutar inmediatamente y bajo el control presencial del equipo de salud: son conocidos los peligros de una promesa nunca cumplida de volver, o de ir al hospital *“al día siguiente”*.

Cuando se opta por continuar el tratamiento de la conducta suicida en forma ambulatoria se debe evaluar, cuidadosamente, la capacidad de acompañamiento efectivo de las personas del entorno que tomarán a su cargo el cuidado de la persona en cuestión en el domicilio. En algunas ocasiones es de gran utilidad el recurso del acompañamiento terapéutico domiciliario para reforzar el apoyo familiar, en caso de que sea un recurso disponible en la comunidad.

Es probable que la persona en su momento derivada para internación vuelva en pocos días, tras el alta, a su zona de residencia. En el caso que la severidad del cuadro permita el acompañamiento en el primer nivel, es imprescindible realizar una evaluación sobre factores de riesgo y protectores que permita contar con señales de alarma, tomando como base lo sucedido en la internación. Es posible indagar sobre la existencia de crítica o arrepentimiento sobre la conducta de la persona, o si existe ambivalencia acerca del intento que presentó. Resulta de relevancia realizar desde el Primer Nivel de Atención actividades de sensibilización comunitaria sobre el tema de las conductas autolesivas y suicidas, brindando espacios de contención para que la comunidad tenga en cuenta al efector como un lugar para recurrir ante situaciones de este tipo.

### **Acciones de postvención ante el suicidio consumado**

Las reacciones del entorno (familiares, allegados/as) y del personal de salud ante un suicidio consumado son frecuentemente causa de traumatismo psíquico. Por ello es que se deben adoptar medidas preventivas para permitir la elaboración del mismo.

**Se denomina postvención al conjunto de maniobras llevadas a cabo con los/as supervivientes para disminuir los efectos deletéreos del trauma vivido.** El/la profesional involucrado/a en el caso debe evaluar muy sinceramente su propio estado anímico y recurrir a la ayuda de colegas de su equipo para reflexionar



sobre el acontecimiento y compartir con ellos/as los sentimientos e ideas que éste le ha despertado. Esto es particularmente importante en jóvenes profesionales que enfrentan, quizás por primera vez, esa circunstancia. Es muy frecuente que la/el profesional se vea embargado por sentimientos de impotencia, pérdida de autoestima profesional, ansiedad, rabia, culpa y miedo a las consecuencias médico-legales por el suicidio de una persona a su cargo. Resuelto ese primer escalón es necesario entender que la tarea del personal sanitario no ha terminado y que se debe asistir a las/os allegadas/os. Para esto se sugiere acompañar a las personas en duelo (Ver Módulo 2 - 5. Duelo) y promover acciones de elaboración del fallecimiento ocurrido en clave comunitaria, implementando no solo espacios para abordar el tema a través de la palabra sino también a través de manifestaciones deportivas, culturales, artísticas, etc., como modos alternativos de elaboración de sucesos potencialmente traumáticos para la comunidad. **La participación activa del equipo de salud en este tipo de acciones refuerza el compromiso con la salud colectiva, generando efectos salutogénicos de mayor potencia. Toda acción de postvención resulta así una estrategia de prevención comunitaria.**

### **Conductas autolesivas e intentos de suicidio en Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)**

La pubertad y la adolescencia son momentos vitales donde las crisis son frecuentes y esperables. Según la intensidad del sufrimiento que se da en dichas crisis, la situación suele derivar en conductas de transgresión (cuando la rabia se dirige hacia los demás) o también pueden suscitarse casos de autolesiones. Los cortes en los antebrazos es la forma de presentación más conocida, aunque también pueden producirse en otros miembros o partes del cuerpo, así como golpes autoinfligidos con o sin marca posterior.

En la mayoría de los casos, las/os adolescentes no refieren intención de matarse sino de aliviar un sufrimiento, incluso llegando a manifestar que no sintieron dolor al momento de autolesionarse, lo que evidencia la intensidad del dolor psíquico.

Se deben tener presente las siguientes variables ante la identificación de un episodio autolesivo:

- *Si el/la adolescente presenta o no intención de morir al momento del hecho y al momento actual.*
- *Si el/la adolescente ha vivido un episodio previo similar.*
- *Si es la primera consulta o primer acercamiento al sistema de salud, más allá de haber tenido un episodio previo o no.*
- *Conocer la preexistencia de algún tratamiento por salud mental, si la/el joven cuenta con un diagnóstico, si está tomando alguna medicación, etc.*
- *Si el/la adolescente tiene contacto con otros/as adolescentes que también tengan conductas autolesivas. La posibilidad de tratarse de una conducta imitativa no reduce el riesgo o la necesidad de abordaje del caso particular.*

Por la frecuencia en su asociación, ante un episodio autolesivo en edades tempranas resulta indispensable evaluar la aparición de cambios bruscos de conducta e indicadores de una descompensación psicótica.

### **Consideraciones legales en atención de Niños Niñas y Adolescentes (NNyA):**

Ante la asistencia de población infanto juvenil, resulta esencial conocer la normativa que regula la práctica, de protección integral de los derechos de niños y niñas (Convención de los Derechos del Niño, Ley N° 26.061, legislaciones locales, por ej. Ley N° 114 de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, etc). A saber:



- a) **Autonomía progresiva** conforme a su edad y grado de madurez.
- b) **Derecho a ser oído/a** y a que su opinión sea tomada en cuenta.
- c) **Derecho a ser informado/a y asesorado/a.** Esto es independiente del consentimiento informado. El mismo puede ser confidencial y no es necesario el consentimiento de sus progenitores, con independencia de la edad del/a niño/a.
- d) **Presunción de capacidad** y condición de sujeto de derecho.
- e) **Interés superior** como máxima satisfacción de derechos.
- f) **Derecho a la convivencia y al fortalecimiento familiar.**

Los sitios de internación para NNyA deben ser acordes y específicos para ellos/as. Debe designarse un/a abogado/a, teniendo especialmente en cuenta que sea especializado en niñez y adolescencia, en lo posible, y que se eviten posibles conflictos de intereses con su/s progenitor/es.

En caso de situación de vulneración o auto-vulneración (comportamiento autolesivo) de derechos se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del NNyA que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral de NNyA. Es importante que el equipo de salud conozca estos recursos institucionales, así como los mecanismos de funcionamiento de modo de poder acompañar las situaciones que lo requieran.

Se destacan a continuación algunos artículos de la Ley Nacional N° 26.061 de Protección integral de los derechos de NNyA de relevancia para la labor de los equipos en situaciones de vulneración de derechos:

**Artículo 9°** - derecho a la dignidad y a la integridad de la persona: *"...la persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contrala integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley."*

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

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



## Crisis y Urgencias en Salud Mental<sup>15</sup>

Se entiende por Urgencia en salud mental a toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual de la persona con un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital.

La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, por lo que debe ser asistido de manera integral en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para disminuir la posibilidad de una recurrencia.

La urgencia de salud mental debe ser asistida en cualquier instancia del sistema de salud, siendo el primer nivel el encargado muchas veces de coordinar la respuesta de la red, estableciendo una estrategia terapéutica más allá del efector sanitario en el que la/el profesional se encuentre. Para brindar la primera asistencia en salud mental no es imprescindible ser médico/a psiquiatra o psicólogo/a.

### Evaluación integral del estado de la persona y de la situación

Entrevistar a la persona y/o referentes vinculares para evaluar las siguientes variables:

- *Aspecto general y presentación de la persona (cómo llega, con quien, señales de visible abandono, etc.).*
- *Examen físico general:*
  - ▶ *Signos vitales.*
  - ▶ *Embarazo.*
  - ▶ *Signos de abuso sexual/maltrato.*
  - ▶ *Signos de autolesión/intento de suicidio.*
  - ▶ *Signos físicos de consumo nocivo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).*
- *Estado psíquico global. Síntomas actuales y detección de otros síntomas.*
- *Desencadenantes de la crisis. Indagar el contexto en el que ocurre, cambios en las costumbres y usos cotidianos o cualquier acontecimiento estresante en curso. Tener en cuenta la coexistencia de múltiples factores.*
- *Antecedentes de episodios similares y/o tratamientos previos. Antecedentes familiares.*
- *Tener en cuenta las condiciones de vida (vínculos existentes, empleo, vivienda, situación económica). Considerar factores protectores y factores de riesgo.*

### Presentaciones clínicas de mayor frecuencia

En la urgencia, no es imprescindible hacer un diagnóstico psicopatológico preciso. Se debe realizar una valoración clínica global de la crisis que permita actuar con eficacia y prudencia. Los cuadros que se pueden encontrar son los siguientes:

<sup>15</sup> El presente capítulo está basado en los Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental, de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

1. *Excitación psicomotriz*
2. *Inhibición psicomotriz.*
3. *Estados confusionales.*
4. *Crisis de ansiedad o angustia.*
5. *Estado delirante alucinatorio.*
6. *Consumo nocivo de sustancias psicoactivas.*
7. *Síndromes relacionados con el uso de psicofármacos.*

A partir de éstos, se detallan a continuación los signos y síntomas más habituales en cada caso, los posibles factores causales, así como las medidas de abordaje recomendadas:

<b>Tabla N° 7: Presentaciones clínicas de mayor frecuencia</b>			
<b>Manifestaciones / Cuadros Comunes</b>	<b>Signos y síntomas más habituales</b>	<b>Posibles factores causales</b>	<b>Abordaje</b>
<b>Excitación psicomotriz</b>	<p>Todos o algunos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad verbal o motora aumentada o inadecuada, respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o heteroagresión.</li> <li>• Alteración de las funciones psíquicas: alucinaciones, delirios, alteraciones de la conciencia, del juicio, la memoria. Insomnio.</li> <li>• Tener en cuenta los signos de escalada en la excitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orgánicos:</b> tóxicas, metabólicas, tumorales, infecciosas, traumáticas, posquirúrgicas.</li> <li>• <b>Psicógenos:</b> descompensación psicótica, crisis maníaca, episodio de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención verbal, psicofarmacológica y/ o física de ser necesario.</li> <li>• En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</li> </ul>
<b>Inhibición psicomotriz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución o ausencia de la actividad motora, cognitiva, y/o verbal.</li> <li>• Dificultad o desinterés por el entorno y/o por sí mismo/a y actividades cotidianas.</li> <li>• Aislamiento. Retraimiento.</li> <li>• Mirada perdida o extraviada.</li> <li>• Insomnio. Hipersomnia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orgánicos:</b> tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</li> <li>• <b>Psicógenos:</b> Descompensación psicótica o de cuadros depresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención verbal y/o psicofarmacológica del cuadro de base.</li> <li>• En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</li> </ul>

Manifestaciones / Cuadros Comunes	Signos y síntomas más habituales	Posibles factores causales	Abordaje
<p><b>Estados confusionales</b></p> <p>A) Síndrome de confusión mental</p> <p>B) Otros estados de alteración de la conciencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración evidente del nivel de la conciencia (tendencia al sueño, obnubilación, estupor).</li> <li>• Trastornos cognitivos.</li> <li>• Alteración de parámetros vitales.</li> <li>• Desorientación témporo-espacial y/o de sí mismo.</li> <li>• Disociación, despersonalización.</li> <li>• Distorsión de la atención (distracción excesiva, dispersión), de memoria, de percepción, de actividad psicomotora y del sueño.</li> <li>• Perplejidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orgánico:</b> tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</li> <li>• – <b>Psicógena:</b> Trauma reciente estrés agudo/descompensación psicótica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculado al cuadro de base.</li> <li>• Intervención verbal y/o farmacológica y/o física de ser necesario.</li> </ul>
<p><b>Crisis de ansiedad/angustia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación desmedida de alerta, inquietud, aprehensión, desamparo, miedos inespecíficos y/o excesivos (a estar o salir solo, a viajar, morir, etc.).</li> <li>• Sensaciones subjetivas de dolencias físicas: adormecimiento, hormigueo en manos y piernas, "ahogo", opresión precordial, sensación de muerte inminente o locura.</li> <li>• Taquicardia, sudoración, hiperventilación, rigidez corporal, llanto, temblor generalizado, agitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicógenos o reactivos a situaciones vitales.</li> <li>• <b>Orgánico:</b> endocrinológicos, cardíacos, tóxico, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intervención verbal:</b> favorecer la expresión del malestar y del motivo desencadenante.</li> <li>• Intervención psicofarmacológica y/o física de ser necesario.</li> <li>• Si es de causa orgánica, tratar también cuadro de base.</li> </ul>
<p><b>Estado delirante/alucinatorio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideas delirantes (creencias falsas sostenidas con certeza irreductible).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orgánico:</b> tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención verbal (Tener en cuenta no contradecir los dichos de la persona ni promover o alimentar el delirio).</li> </ul>

Manifestaciones / Cuadros Comunes	Signos y síntomas más habituales	Posibles factores causales	Abordaje
<b>Estado delirante/ alucinatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, olfativas (percibir voces, imágenes, sensaciones corporales, olores inexistentes).</li> <li>Pensamiento incoherente y/o disgregado.</li> <li>Conducta desorganizada y actitudes extrañas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Psicógenos:</b> descompensación psicótica, episodio maníaco o melancólico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención psicofarmacológica y/o física de ser necesario.</li> <li>Si es de causa orgánica, tratar también cuadro de base.</li> </ul>
<b>Consumo nocivo de sustancias psicoactivas. (alcohol y otras drogas):</b>  <i>Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción o discontinuación (abstinencia).</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de las funciones psíquicas.</li> <li>Dificultades para llevar a cabo sus actividades cotidianas.</li> <li>Facies/aliento alcohólico, marcas y/o infecciones por aplicación intravenosa.</li> <li>Insomnio, fatiga, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, dolores de cabeza, inquietud, agitación, lenguaje mal articulado, movimientos inestables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multicausal (factores biológicos, psicológicos, sociales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención verbal.</li> <li>Intervención farmacológica o física de ser necesario.</li> <li>Tratamiento de la intoxicación clínica y de las complicaciones orgánicas.</li> </ul>
<b>Síndromes relacionados con el uso de psicofármacos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Por Síndrome extrapiramidal:</b> distonías agudas, acatisia, parkinsonismo.</li> <li><b>Por Síndrome colinérgico agudo:</b> ataxia, sequedad de mucosas, midriasis, confusión, agitación.</li> <li><b>Por Síndrome neuroléptico maligno:</b> rigidez muscular, hipertermia, inestabilidad autonómica, aumento de CPK, leucocitosis, cambios a nivel de conciencia.</li> <li><b>Por Síndrome serotoninérgico:</b> alteraciones mentales, hiperactividad autonómica y trastornos neuromusculares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción idiosincracia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interconsulta con clínica médica (eventual requerimiento de terapia intensiva). Tratamiento específico de cada cuadro.</li> </ul>

Manifestaciones / Cuadros Comunes	Signos y síntomas más habituales	Posibles factores causales	Abordaje
<b>Síndromes relacionados con el uso de psicofármacos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Por la Reacción paradójica por Benzodiacepinas:</b> locuacidad, hiperactividad, ansiedad creciente, irritabilidad, taquicardia, sudoración, sueños vívidos, desinhibición sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción idiosincracia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconsulta con clínica médica (eventual requerimiento de terapia intensiva). Tratamiento específico de cada cuadro.</li> </ul>

### Medidas iniciales de cuidado <sup>16</sup>

- Atención digna, receptiva y humanitaria.
- Atender prontamente para disminuir el sufrimiento de la persona.
- Asegurar una comunicación clara y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Generar un vínculo de confianza con la persona y sus referentes.

Es importante establecer que muchas urgencias se resuelven en esta instancia de implementación de medidas iniciales de cuidado.

### Abordaje psicosocial

- Es importante intervenir en el contexto de la persona en crisis.
- Incluye las acciones intersectoriales necesarias para lograr una atención integral.
- Considerar la red de apoyo sociofamiliar de la persona y favorecer su participación.
- Evitar confrontar o realizar juicios de valor.
- Invitar a la persona a hablar de lo que le pasa: poder expresarse y ser escuchado suele tener efecto de alivio.

### Nociones básicas de Abordaje Psicofarmacológico

- El fin de la medicación es producir sedación y disminuir el sufrimiento.
- Se debe priorizar, cuando sea posible, la vía oral.
- El uso combinado de Haloperidol y de Lorazepam es la indicación más habitual para atender la urgencia. En el caso de intoxicación con depresores del SNC como alcohol, hipnosedantes y opiáceos (estos últimos no tan frecuente) es mejor usar Haloperidol solo por el riesgo de depresión respiratoria.
- Si existen antecedentes de tratamientos tener en cuenta el esquema previo de medicación (para mayor detalle, ver 8. Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir).

### Elaboración de la estrategia de abordaje

El tratamiento y los cuidados posteriores se basarán en un plan personalizado, elaborado por el equipo interdisciplinario, consensuado con la persona y su entorno, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.

<sup>16</sup> Ver Módulo 1 – 1. Introducción a la Salud Mental Comunitaria..



La persona requiere continuidad de seguimiento hasta el alta, siendo esta última al igual que la externación y los permisos de salida, facultad del equipo de salud que no requiere autorización judicial.

### **Internación**

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

Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación. En este sentido, es necesario evaluar al menos tres variables:

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

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

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

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

### **Internaciones involuntarias**

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

En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, con independencia de la voluntad de internarse se debe proceder de acuerdo con **las internaciones involuntarias** a fin de dotar al procedimiento de mayores garantías<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Ley 26.657 art 26.



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

Evaluación de riesgo cierto e inminente, para sí o para terceros:

Se debe entender por riesgo **cierto** a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte. Se entiende por inminente, a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio.

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

- Presencia de alucinaciones que ordenan daño o amenazas.
- Estado de desesperación con riesgo suicida: ideación suicida, plan concreto, actos de autoagresión.
- Vivencias de desesperanza: ausencia de proyectos o planes futuros, deterioro o pérdida de vínculos afectivos/laborales/sociales.
- Enfermedad terminal o crónica incapacitante.
- Episodios autolesivos previos (son ponderados más gravemente cuanto más letal haya sido el método elegido y sus consecuencias y cuanto más cercanos en el tiempo a la consulta actual)<sup>18</sup>.
- Signos de violencia inminente/ nivel creciente de agitación/ sensación subjetiva de descontrol/ impulsividad severa.

De acuerdo con el procedimiento legal, en caso de internación involuntaria, "debe notificarse de la misma obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de Revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20 de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657"<sup>19</sup>.

### **Seguimiento desde el Primer Nivel de Atención**

#### **Tratamiento ambulatorio posterior a la situación de urgencia**

La continuidad de cuidados, la cual se debe brindar preferentemente desde el primer nivel de atención o desde los dispositivos intermedios de la red de salud como los centros de rehabilitación psicosocial, resulta imprescindible tras el cese de la situación de urgencia. Las situaciones de crisis son momentos de detección de múltiples situaciones o incluso cuadros psicopatológicos que requieren abordajes específicos, según de cual se trate. En caso de haber pasado por una internación, debe prestarse especial atención a las consecuencias que haya tenido en la vida de la persona por cuestiones atinentes al tiempo que haya llevado la medida, si perdió el trabajo, la escolaridad, algún vínculo, entre otras. El abordaje no debe centrarse en la ausencia de síntomas sino en la inclusión social educativa y familiar de la persona.

#### **En este sentido, un aspecto clave es la construcción de una red de sostén afectivo.**

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

<sup>18</sup> Guía clínica de Recomendaciones para la atención del intento de Suicidio en la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación, Año 2012.

<sup>19</sup> Ver también: Ley 26.657, art. 21.



## Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir

### Abordaje farmacológico de los trastornos de sueño

#### *Benzodicepinas*

Las benzodicepinas son drogas depresoras del sistema nervioso central que generan sedación y promueven la relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa en el cerebro, favoreciendo de forma secundaria la conciliación del sueño. A pesar de su amplio uso, se recomienda sólo para insomnios ocasionales y a corto plazo. A partir de las 2 semanas de su utilización hay un mayor riesgo de desarrollo de tolerancia, dependencia física y psíquica. La tolerancia del efecto sedante conduce a una escalada de la dosis y de allí a su dependencia.

Es importante tener en cuenta que con la interrupción brusca o retirada súbita del tratamiento se produce un síndrome de abstinencia.

Las benzodicepinas más recomendadas en el tratamiento del insomnio son:

- **Lorazepam:** es una de las benzodicepinas más seguras para utilizar en ancianos. Está indicado para el insomnio de conciliación por su vida media corta, lo que no generará mayor somnolencia residual al día siguiente. Se prescribe en dosis de 0.5 a 2 mg.
- **Clonazepam:** tiene comienzo de acción relativamente rápido y duración media, por lo que induce el sueño en un tiempo adecuado, con leve sedación al día siguiente. Se indica en dosis de 0.25 a 2 mg. en insomnio de conciliación.

Las benzodicepinas menos recomendadas para uso prolongado son:

- **Alprazolam:** pertenece al grupo de fármacos con vida más corta, mayor potencia y una estructura química que le otorga un peor perfil beneficio/ riesgo; los fenómenos de abstinencia son más probables y más intensos, así como el desarrollo de tolerancia o pérdida de eficacia (más rápida cuanto más corta es el tiempo de eliminación y mayor la afinidad por el receptor/ potencia). No tiene una indicación principal en el tratamiento del insomnio.
- **Diazepam y Flunitrazepam:** por su larga duración de acción y su efecto acumulativo no se recomienda su uso prolongado, ya que producen gran sedación diurna y alteración de las funciones mentales.

#### *Hipnóticos no benzodicepínicos – Inductores del sueño*

Se usan únicamente para tratamiento farmacológico del sueño. Estos hipnóticos (zolpidem, zopiclona y eszopiclona) fueron desarrollados con el objetivo de mejorar algunas de las desventajas de las benzodicepinas, especialmente aquellas ligadas a sus efectos adversos, la dependencia y los efectos de la retirada del fármaco. En caso de sobredosis no son tan seguras como las benzodiazepinas.



► **Eszopiclona:** es el único fármaco de este grupo aprobado por la Agencia de Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el uso sin un límite de tiempo específico. Los otros han sido aprobados para un uso limitado a aproximadamente un mes. Presenta una vida media más prolongada que el zolpidem (ver a continuación) por lo que está indicado no solo en el insomnio de conciliación, sino también en el de mantenimiento, en los despertares precoces y en los casos de insomnio por alteraciones psiquiátricas. Es el único aprobado para el uso a largo plazo. Dosis de inicio 1 mg. Terapéutica 2mg a 3mg.

**Los efectos adversos son:** somnolencia diurna, vértigo, fatiga, dolor de cabeza, alucinaciones, náuseas, desorientación y confusión, ansiedad o crisis de pánico, debilidad, temblor, palpitaciones, y taquicardia. En algunos estudios también se ha descrito el insomnio de rebote y el síndrome de abstinencia (tanto a dosis supratrapéuticas como a dosis habituales) y el peligro de dependencia, sobre todo después de un empleo prolongado, por lo que solo se recomienda su empleo a corto plazo (excepto para la eszopiclona).

► **Zolpidem:** está indicado para el tratamiento a corto plazo del insomnio de conciliación. Los efectos adversos más frecuentes son dolor de cabeza, mareos y somnolencia. Solo está aprobado su uso como máximo durante un mes. Presenta también una formulación de liberación prolongada que se indica para el insomnio de mantenimiento. Dosis de inicio 5mg. Terapéutica 10mg.

### Otros medicamentos y hierbas

- **Antidepresivos**

*La indicación de estos antidepresivos en el tratamiento del insomnio debe hacerse cuando el insomnio está asociado a un síndrome depresivo. No están indicados en ausencia de síntomas de depresión, ya que no hay evidencia científica que lo avale, tampoco por el perfil de efectos adversos que presentan y la gran sedación que producen. El más utilizado en la actualidad es la Mirtazapina, con una dosis inicial de 7,5mg y una dosis máxima de 15mg para el tratamiento del insomnio.*

- **Antipsicóticos**

*No hay suficiente evidencia sobre su eficacia para el tratamiento del insomnio sin embargo la quetiapina se utiliza principalmente para el tratamiento en adultos mayores. Con una dosis inicial de 25 mg ya que pueden presentar significativos efectos adversos. También se utiliza la prometazina de 12,5 mg a 25 mg, la levomeperomazina de 12,5 g a 25 mg y la clotiapina de 20 mg a 40 mg, en personas que presenten antecedentes de efectos adversos a las otras medicaciones o como tratamiento de segunda línea. Tener especial cuidado en personas con antecedentes de enfermedades cardíacas y adultos mayores por efectos adversos.*

- **Melatonina**

*La melatonina es una hormona que normalmente segrega la glándula pineal. Su secreción nocturna y su supresión durante el día por efecto de la luz solar regula el ritmo circadiano de sueño-vigilia. También se asocia a un efecto hipnótico y a una mayor propensión al sueño. Hay algunas sustancias como el tabaco, el alcohol y algunos fármacos que disminuyen la producción de melatonina.*

Su administración exógena no ha demostrado beneficios para el tratamiento del insomnio, excepto en dos situaciones: para el tratamiento del síndrome de la fase del sueño retrasada y en un subgrupo de pacientes con niveles bajos de melatonina.

El síndrome de la fase de sueño retrasada se caracteriza por un tiempo de inicio y finalización del sueño que está retrasado más de dos horas, generalmente, en relación con los tiempos de sueño aceptables social o convencionalmente. El individuo tiene dificultades para dormirse en las horas aceptadas socialmente, pero una vez que concilia el sueño no presenta problemas en su mantenimiento. En estos casos no solo los parámetros de sueño están alterados, sino también la secreción de melatonina y la temperatura corporal. El uso de melatonina se aconseja sólo en el corto plazo (hasta 3 meses).

- **Valeriana y otras hierbas**

*La valeriana, por su atribución de propiedades sedantes e inductoras del sueño, es una de las hierbas medicinales más usada para el insomnio. No se ha demostrado la efectividad de la valeriana frente al placebo en el tratamiento del insomnio. Un meta análisis de 18 estudios determinó que la valeriana disminuía menos de 1 minuto el tiempo de latencia en comparación con el placebo. Además, la valeriana puede ocasionar efectos hepatotóxicos.*

Asimismo, no se han encontrado estudios que evalúen la eficacia específica para el insomnio de otras especies vegetales, como la pasiflora, amapola de California, lavanda, melisa y tilo.

### **Abordaje farmacológico en urgencias en salud mental**

La urgencia es una oportunidad en que debemos dispensar un tratamiento adecuado y eficaz que actúe en el tiempo más rápido en función de la presentación clínica. Si la persona está en tratamiento se debe indagar qué medicaciones recibe y evaluar si alguna de ellas puede servir para la urgencia (lo cual no siempre es así en caso de ser medicamentos con vida media larga o que no presentan eficacia en el corto plazo). También debe priorizarse la vía oral en caso de que la persona acepte.

Los psicofármacos de uso aprobado y más extendido en la urgencia son el haloperidol y el lorazepam. Pueden administrarse por vía oral o intramuscular. En el Primer Nivel de Atención suele contarse sólo con comprimidos, de manera que si hay necesidad de alguna complejidad mayor será necesario articular con el nivel hospitalario. Existen algunos casos en que estos medicamentos no pueden usarse. Por ejemplo, si hay situación de consumo probable de cocaína, no indicar haloperidol por la posibilidad de un síndrome neuroléptico maligno. La persona deberá ser asistida en un lugar en el que puedan tomarle un análisis de sangre y chequear los niveles de CPK.

### **Modos de uso**

- **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 al día. Máximo 0,15 mg/kg/día. En mayores de 12 años: 0,5 a 5 mg dosis. Por vía IM: 0,025 a 0,075 mg/kg/ dosis ó 1 a 5 mg dosis, repetibles cada ½ a 1 hora hasta ceder la agitación.

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

### **Dosis de inicio:**

- *En adultos sanos 2 mg (Vo o IM), no se deben superar los 4 a 6 mg en un lapso de 1.5 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 hs.*

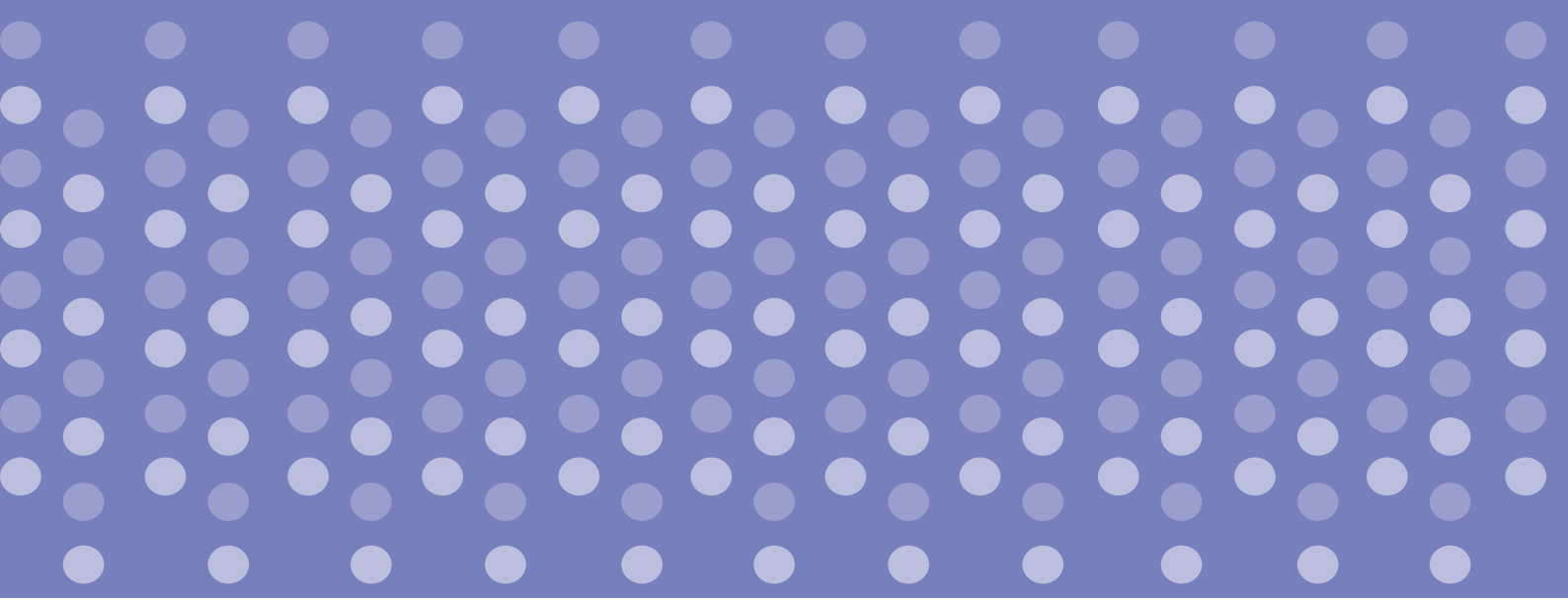
Las dosis pueden repetirse cada 30 a 60 minutos hasta obtener la remisión de la excitación de la persona. La dosis máxima de lorazepam en 24 horas es de 10 a 15 mg.

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.



# Consumo problemático de sustancias psicoactivas.

## Módulo III

- 9 Los consumos problemáticos desde la perspectiva de la salud mental comunitaria. Introducción y conceptos básicos.
  - 10 El abordaje integral de los consumos problemáticos desde la perspectiva de derechos. Introducción para el abordaje desde el Primer Nivel de Atención.
  - 11 Herramientas de tamizaje y detección precoz. Evaluación diagnóstica integral. Elaboración de estrategias terapéuticas.
  - 12 Situaciones de consulta frecuente en materia de consumos problemáticos.
  - 13 Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.
- 





## Los consumos problemático desde la perspectiva de la salud mental comunitaria. Introducción y conceptos básicos

El consumo problemático de sustancias es un problema de salud determinado por variables individuales, sociales, culturales y económicas entre otras. Requiere modalidades de abordaje con perspectiva integral, que incluyan lo individual, la relación de las personas con determinadas sustancias en un momento particular de su historia y en un contexto determinado. Requiere trabajo interdisciplinario e intersectorial para generar respuestas efectivas. En este sentido, el eje del abordaje no puede estar organizado solamente en torno al sujeto que consume o a la sustancia; tampoco, únicamente al contexto (por ejemplo, asociado meramente a una consecuencia de la vulnerabilidad social). Antes bien, **nuestra mirada debe estar situada sobre la compleja relación entre estos tres elementos: la persona, su contexto y la sustancia**. Dicho de otro modo, el consumo problemático emerge en un entramado que involucra aspectos psicológicos, biológicos y socio-culturales.

Un abordaje integral debe tomar en consideración los determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad-cuidados, incorporando a la interdisciplina y a la intersectorialidad como estrategias clave.

Domingo Comas Arnau y Javier Arza Porras (2000) proponen que en cualquier uso de drogas se produce siempre una interacción entre tres subsistemas: la sustancia como elemento material; los procesos individuales de la persona que toma posición ante la sustancia, y la organización social, incluso los componentes políticos y culturales, como marco en el que se produce la relación.

### *Hacia una definición de Consumo Problemático*

En la sociedad moderna occidental, el consumo se torna un articulador social fundamental. Ante el llamado proceso de desinstitucionalización, que implica que las instituciones disciplinarias ya no son capaces de construir las pautas de vida, el consumo se erige como un dispositivo de construcción de orden social (Lewkowicz, 1999).

El consumo se torna regulador y constructor de identidad, pudiendo definir el lugar que una persona ocupa en el mundo. Los procesos de construcción de subjetividad que se desarrollan en este contexto son tendientes a la fragmentación del lazo social. Abordar los problemas vinculados al consumo implica adentrarnos en los atravesamientos que el consumo tiene en la vida de los sujetos, y entender qué rol juega en los padecimientos que los mismos transitan.

La categoría "*consumo problemático*" ha cobrado fuerza en los últimos años, con relación a otros modos de nombrar el fenómeno. En términos generales, se considera que su utilidad radica en proveer una mayor amplitud a la hora de explicar la construcción del problema desde una perspectiva compleja.

En este sentido, sabemos que existen diferentes modos en que las personas establecen vínculos con las sustancias; no necesariamente todos ellos representan conductas adictivas, pero aun así pueden implicar algún grado de riesgo.



Como menciona Graciela Touzé en *“Las adicciones desde una perspectiva relacional”* (2015), es clave que tengamos en cuenta que la clásica clasificación entre uso, abuso y dependencia es más una diferencia cualitativa, respecto de las motivaciones y el contexto del consumo, que una diferencia cuantitativa con relación a la cantidad y la frecuencia de drogas consumidas. Estas diferencias dependen mucho más de las características de la persona y de su entorno que del tipo de droga que se consume. Entonces, hablar de un vínculo problemático con las sustancias, no sólo incluye situaciones de consumo sostenido en el tiempo, sino también consumos de una sola vez, e incluso de una primera vez.

La categoría “consumo problemático” puede ser pensada más como una herramienta de intervención que como una categoría de diagnóstico, en tanto permite abrir a la posibilidad de problematizar el consumo. Implica, a partir del vínculo con aquel o aquella que consume, construir conjuntamente preguntas sobre qué papel la sustancia está teniendo en su vida, a qué le está encontrando una respuesta o qué padecimientos intenta disminuir. Se trata, en definitiva, de recobrar la dimensión de síntoma que el consumo tiene.

La co-construcción de estas preguntas en torno al consumo son el punto de partida de una intervención, y colocan al sujeto en cuestión, en un lugar activo. Podemos decir que todos los consumos son pasibles de ser problematizados, desde una lógica de reflexión y escucha.

En el año 2014 se aprobó la Ley 26.937, conocida como Ley Plan IACOP - Ley *“Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos”*. En la misma, se brinda una definición de consumo problemático:

“... Son aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas – legales o ilegales - o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras (...)”.

Problematizar los consumos ante el hecho de afectar algún aspecto de la vida de las personas, guía las prácticas cambiando el eje de las intervenciones de estar centrado en las sustancias, a ubicar en el centro de las intervenciones a las personas, sus historias, abriendo la posibilidad de preguntas sobre qué sentido tiene ese consumo para cada uno/a, ubicando la singularidad de esas situaciones asociadas con el consumo e identificando el necesario rol activo de los sujetos en sus procesos terapéuticos.

Las definiciones por lo general incluyen a la afección crónica provocada por el consumo como criterio de problematicidad pero también es posible que un consumo episódico conlleve situaciones perjudiciales para las personas.

Una de las situaciones principales a considerar en esta temática es la tendencia a ubicar como central, la creencia de que los mayores problemas asociados con el uso de drogas se relacionan con las sustancias ilegales. Sin duda, esto no se condice con las perspectivas sanitarias que han demostrado que el alcohol y el tabaco se asocian con la mayoría de las enfermedades clínicas y mortalidad vinculada con el abuso de sustancia, desviando el problema hacia una mirada punitiva que no se centra en lo sanitario y dificulta el abordaje desde el campo de la salud.

En este sentido, desde el Primer Nivel de Atención resultan necesarias actividades de prevención y promoción de la salud que tiendan a visibilizar las graves problemáticas asociadas a las sustancias que están más legitimadas socialmente, sobre todo el alcohol; como previamente se mencionó, esta es la sustancia psicoactiva de mayor morbimortalidad asociada, teniendo en cuenta su vinculación con accidentes, violencias y una multiplicidad de daños a nivel orgánico.

## Uso, abuso y dependencia: categorías en discusión

Las personas entablan distintos tipos de vínculos con las sustancias, conductas o prácticas y no todos necesariamente devienen problemáticos (aunque sí siempre hay algún grado de riesgo potencial) o se desarrollan como adicciones. Es más, la mayoría de los sujetos que consumen sustancias o llevan a cabo determinadas prácticas con sustancias no establecen una relación adictiva con las mismas. En este sentido, clásicamente suele diferenciarse entre uso, abuso y dependencia o adicción. Veamos qué significa esto.

**El uso:** como decíamos, el consumo de una sustancia o ciertas conductas no necesariamente lleva a situaciones adictivas. En rigor, la mayoría de las ocasiones no constituyen una adicción propiamente dicha. Vamos a reuniones de amigos, tomamos una cerveza, compartimos una comida, etcétera. Esto no es problemático.

### ¿Pero entonces, cuándo estaríamos específicamente frente a un problema?

Cuando un uso puede devenir en alteraciones biopsicosociales. Por ejemplo, estamos frente a un problema si una persona va a una fiesta, toma alcohol de más y luego conduce una moto o un auto; o cuando en una fiesta consume una pastilla sin saber qué está consumiendo y esto lo lleva a la muerte. Como puede notarse, un uso puede ser o no ser problemático. En todos los casos, no estamos en el escenario de una adicción.

**El abuso:** es otra manera de entablar vínculos con la sustancia o de llevar a cabo ciertas conductas. El abuso puede producir consecuencias negativas en el sujeto a nivel integral. Hay personas que por problemas de salud tienen prescripto por su médico/a tomar una dosis de un medicamento para poder relajarse o dormir sin interrupciones. Estos tratamientos supervisados por un/a médico/a frente a una situación dada, por ejemplo, una situación de estrés, no necesariamente resultan problemáticos. Lo que tenemos aquí es un uso no problemático de una sustancia, un medicamento. Pero si la persona manipula dicha medicación frente a diferentes situaciones para relajarse sin asesoramiento médico o sin respetar las indicaciones profesionales ya no estamos frente a un uso sino frente a un abuso de la sustancia. Deviene entonces un problema de abuso de sustancia.

**La adicción:** es la dependencia del sujeto a una sustancia o a un determinado comportamiento. Esta dependencia hace que el sujeto se pierda en el objeto, pierda la libertad de tomar decisiones y construir un proyecto de vida. Es preciso tener claro que la adicción siempre es problemática.

En la práctica, las cosas no son tan simples. No siempre es fácil discernir si estamos frente a un uso de una sustancia o ante un abuso. Son múltiples las variables en juego. Un consumo ocasional puede devenir en un abuso y ser sumamente problemático, o comportar un riesgo. Un consumo de primera vez con objetivo de “*experimental*” puede activar una cardiopatía de base.

Lo clave para el equipo de salud es comprender que la problematicidad del consumo es una categoría a construir desde un dispositivo de abordaje, que tiene que considerar la complejidad de la situación en sus dimensiones subjetivas, contextuales, culturales, biológicas, etc.

## El consumo de sustancias legales e ilegales

**Cuando hacemos referencia a las sustancias incluimos en la lista tanto las ilegales como las legales. Dentro de estas últimas, además de las bebidas alcohólicas o el tabaco debemos incluir los medicamentos.**

Las denominadas drogas de abuso o uso recreacional, son sustancias psicoactivas que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración, producen una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.



Algunas sustancias pueden producir dependencia según la dosis suministrada. No todas las sustancias a las que denominamos drogas, por producir efectos psicoactivos, están prohibidas o son ilegales. Los medicamentos incluyen drogas y su prescripción o consumo están controlados desde el Estado.

**Es erróneo ponderar el consumo problemático de sustancias sólo cuando se da a través del consumo de drogas ilegales como por ejemplo la marihuana, la cocaína, la pasta base, la heroína, etcétera.**

Tal como se menciona anteriormente, **es necesario apartarse de la mirada tradicional respecto problemático, en tanto entendemos que el problema no radica ni en el sujeto ni en la sustancia (en la “droga” en sí misma) o sólo en el contexto, sino en el vínculo que el sujeto establece con ella en determinado contexto social** (como veremos en el apartado siguiente). Esta mirada social sobre la problemática implica entenderla y abordarla como un tema de salud colectiva, lo que promueve un abordaje comunitario en el que cada integrante de nuestra sociedad, el Estado, las distintas instituciones y actores podemos aportar.

### ***El consumo de alcohol como problema de salud pública***

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es un instrumento jurídico marco que explicita que el eje de las intervenciones deben ser las personas en su singularidad, más allá del tipo de problemática de consumo que padezca. Dicha ley define en su Art. 4 que ***“las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” y a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho en su relación con los servicios de salud.***

La problemática debe ser comprendida por la particular vinculación que cada sujeto establece con determinada sustancia en un contexto y momento particular de su historia de vida. Desde esta posición se plantea que, en el campo de los consumos problemáticos, se tiende a superar la lógica centrada en las sustancias para dar paso a los vínculos que las personas establecen en determinados momentos de sus vidas con determinadas sustancias.

Sin embargo, tanto en el sistema de salud como en la sociedad conviven prejuicios, estigmas y conductas de discriminación con prácticas que naturalizan los consumos, sobre las cuales ni la fuerza de la ley ni las políticas preventivas implementadas han impactado de manera tal que se disminuyan los consumos o que se achique la brecha que existe en cuanto al acceso de las personas al sistema de salud y cuidados.

En nuestro país, el consumo problemático de bebidas con alcohol y de otras sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, presentándose como una de las principales causas de carga de morbilidad y constituyendo un factor de riesgo de accidentes de tránsito, suicidios, conductas violentas, entre otras. Los cambios en los patrones de consumo de alcohol, como edades de inicio de ingesta alcohólica cada vez menores y aumento de consumo en mujeres, ubican esta problemática entre los principales temas de agenda de la salud pública nacional e internacional.

El alcohol es una droga psicoactiva legal, produce efectos sobre el sistema nervioso central con la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.

### ***Achicar la Brecha / Garantizar Acceso***

Es necesario seguir trabajando para incluir a las adicciones y los consumos problemáticos como temas/problemas en la red de servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, en la promoción, prevención, atención e inclusión social.

Desde la perspectiva de salud comunitaria es posible y necesario iniciar un proceso que facilite el acceso libre de prejuicios y estigmas. La estrategia de Atención Primaria de la Salud brinda la oportunidad de trabajar los vínculos y lazos sociales, favoreciendo problematizar la situación sin excluir, de modo que se desnaturalice el consumo excesivo y se favorezca iniciar un proceso de tratamiento, cuidados y participación social como parte de la salud integral.

Actividades de promoción de salud y prevención de consumos, acompañamientos, orientación en salud mental; atención a la demanda espontánea, incorporar actividades artísticas, lúdicas, y recreativas, salidas culturales. Asistencia en Enfermería (control de glucemia, test rápido de HIV, toma de presión y curaciones), identificar, evaluar, diferenciar una urgencia de una emergencia, acompañar e implementar estrategias de cuidado son propuestas posibles que fortalecen la red de respuesta mediante esta articulación en territorio entre las instituciones y las redes que se establecen desde lo local, que alojan y sostienen.

Promover la constitución de equipos interdisciplinarios con vinculación con actores de la comunidad, promueven las intervenciones tempranas y la detección de cuadros que requieren atención inmediata.

### **Abordaje desde un enfoque de derechos**

Para mejorar la salud de las personas es importante propender a la reconstrucción del tejido social y el fortalecimiento de las relaciones sociales. Las personas no pueden recuperarse solas, de modo aislado, ni el abordaje puede ser una cruzada que emprendan un profesional y un individuo. Desde esta perspectiva, entendemos que el trabajo de todo el equipo de salud y el fortalecimiento de las redes sociales son estrategias fundamentales para abordar las problemáticas del consumo.

En este sentido, debemos incorporar a las personas dentro de ese entramado de relaciones en tanto sujetos de derecho, como dimensión fundamental. Esto implica pensar sujetos capaces de proyectar, crecer, soñar y construir nuevos mundos, con derecho no sólo a recibir el tratamiento adecuado, sino también a lograr su plena participación en la sociedad.

**Se considera oportuno desarrollar estrategias de abordaje no solamente centradas en la reducción de la demanda de sustancias sino también en aquellas que favorezcan la participación social en base a las capacidades de las personas mediante el trazado de un proyecto de vida en el cual las mismas puedan desarrollarse**

En este contexto resulta de utilidad la implementación de estrategias en el marco del modelo de reducción de riesgos y daños que se propone como alternativa al tradicional modelo abstencionista. En este último las estrategias y dispositivos tienen como eje central la supresión de las sustancias como condición de despliegue de un tratamiento. Siendo la abstinencia la meta principal a la que se subordina cualquier otro objetivo terapéutico. Así se organizan dispositivos que, con este fin, tienen propuestas homogéneas, "*a todos por igual*", sin tener en cuenta las diversas y complejas relaciones que tienen los individuos con las sustancias ni la función singular en el sujeto.

En el modelo de reducción de riesgos y daños, se trabaja desde la perspectiva que el sujeto es activo y se contemplan diversos modos de vinculación con las sustancias propiciando la adopción de caminos alternativos a la abstinencia, incorporando prácticas de cuidado de la salud que posibiliten un consumo regulado. Se proponen estrategias terapéuticas singulares, creativas, flexibles donde la abstinencia pueda surgir por añadidura. Se propone un abordaje integral con el otro, en contexto, en territorio y en red con instituciones y asociaciones de la sociedad civil. Este tipo de prácticas buscan desplazar los estereotipos segregativos, situando a todas las personas como sujetos de derecho. En línea con la Ley Nacional de Salud Mental, se trata de intervenciones en el marco de construcción de ciudadanía y respeto de los derechos humanos.



Es un desafío, achicar la brecha de acceso a los tratamientos y a un abordaje integral en el que se propongan dispositivos variados donde no se tenga como único objetivo reducir el consumo. Este abordaje integral, es dentro de la comunidad teniendo en cuenta el contexto y el territorio, armando red con instituciones y asociaciones de la sociedad civil.

## El abordaje integral de los consumos problemáticos desde la perspectiva de derechos. Introducción para el abordaje desde el Primer Nivel de Atención

### Principios para el abordaje integral

Es necesario promover una atención en la que esté involucrado todo el equipo de salud, con el objetivo de construir una relación de confianza y brindar un trato digno y respetuoso, para favorecer el acceso y mantener la referencia con el sistema de salud más cercano a su domicilio. Es fundamental privilegiar la escucha y no se debe intervenir desde la sanción moral.

Es importante que en toda consulta clínico asistencial se indague acerca del consumo de sustancias, considerando que existe un subregistro histórico de dichos cuadros clínicos, favoreciendo de este modo intervenciones tempranas para evitar que el consumo se convierta en consumo problemático.

Las personas con problema de consumo de sustancias pueden tomar contacto con el sistema de salud a través de dispositivos del Primer Nivel de Atención, los servicios de guardia de hospitales generales, por cuadros de intoxicación, abstinencia o para iniciar un tratamiento.

En caso de que la persona presente un cuadro de intoxicación por ingesta de alcohol, la intervención indicada y prioritaria es la atención emergentológica por guardia para su atención. En todos los casos debe realizarse una evaluación posterior a la atención.

Para la detección del consumo de riesgo el equipo de salud debe considerar a toda persona que presente algún efecto perjudicial orgánico, conductual o social relacionado con el consumo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas. Prestar especial atención a personas con diagnóstico de gastritis, cefalea, mialgia, politrauma, o que hayan sufrido un accidente recientemente. Es importante evaluar el riesgo de experimentar consecuencias adversas debido fundamentalmente al consumo de alcohol, teniendo en cuenta las situaciones particulares por las que la persona transita, ya que, los problemas vinculados al consumo pueden manifestarse no solo en la esfera de la salud física, sino también en la emocional, vincular, social y comunitaria. El abordaje integral debe contemplar el acompañamiento de la persona por parte del equipo de salud no sólo desde el punto de vista individual sino también en base a su inserción social, afectiva y comunitaria.

### Importancia de la primera escucha

Todas las personas, en todas las instancias de nuestras vidas, nos relacionamos desde un posicionamiento y a partir de ciertas creencias. Cotidianamente se puede ser más o menos consciente de ello, sin embargo, cuando nos constituimos como referentes de un dispositivo que realiza abordaje de los consumos problemáticos es necesario reflexionar y poder dar cuenta de esto.

Las personas que se encuentran atravesando situaciones de consumo problemático son sujetos de derecho, por lo que debemos evitar concepciones que las ubiquen como incapaces y carentes, enfermas o delincuentes, para pensarlas en sus potencialidades como titulares de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; sujetos capaces de crear, modificar y fortalecer la trama social de la que forman parte.



En este sentido, el Estado y la comunidad en su conjunto son responsables de garantizar y procurar el acceso a derechos. La co-responsabilidad es una categoría que amplía la intervención de las instituciones del Estado hacia la familia y la comunidad, que propone un vínculo con el contexto familiar y comunitario donde incluir a la persona con consumo, como protagonista de esa inclusión. De esta manera el objetivo no se limita a la restitución de derechos sino también a la promoción y/o re-anudamiento de los lazos sociales.

Una de las acciones centrales a desarrollar desde el Primer Nivel de Atención es asesorar a las personas que deseen consultar u obtener información sobre la temática. Orientar consiste en brindar un asesoramiento claro, directo y motivador para manejar el problema que se presenta. Puede estar mediatizado por el uso de material gráfico didáctico y explicativo. Lo que resulta fundamental para esta tarea es trabajar en la construcción y actualización constante de un recursero, donde consten los contactos y las herramientas tanto institucionales como informales que hay en el territorio.

Nuestra capacidad de orientar y brindar información reside en cuán actualizado y trabajado tengamos nuestro recursero, esto implica la actualización permanente de la información (nombres de referentes, número de teléfono, direcciones, modalidad de abordaje que realizan los dispositivos, etc.).

**El modelo comunitario de atención de los consumos problemáticos requiere que los equipos realicen la articulación correspondiente con los recursos comunitarios disponibles, que aborden la temática de modo intersectorial.** Esto puede implicar llamar a la persona referente de una institución u organización, pactar estrategias conjuntas de trabajo en territorio, además de realizar referencias de personas, acompañar el primer contacto de la persona consultante con la institución recomendada, etc. Orientar no implica hacerse cargo de las estrategias de acompañamiento, sin embargo, no impide realizar un seguimiento de la situación. La acción de contener es complementaria a la escucha e implica generar un ámbito de confianza, en un clima agradable que permita ayudar a transitar un momento crítico sin que eso requiera resolver la situación.

### ¿Qué escuchar?, ¿Cómo escuchar?: La importancia de estar presentes

Hay un aspecto del momento de escuchar que atraviesa transversalmente el proceso de abordaje en sí mismo.

Se comprende a la escucha activa como transversal en tanto se la concibe como una manera de llevar adelante la tarea, una manera de estar presentes para el otro. La escucha activa es una manera de relacionarse y construir vínculos de confianza con sujetos, grupos y organizaciones: es cómo elegimos predisponernos para la interacción.

Antes de decirle al otro cómo creemos nosotros que debe hacer las cosas, es necesario escuchar y abrirse a comprender lo que el otro piensa y siente. Esto vale también para actores colectivos, es decir, otros dispositivos que integran el territorio. Cuando se organiza el dispositivo de trabajo, al salir al encuentro del/de la otro/a, al recibir, al acompañar, al construir redes, la escucha activa debe ser priorizada como elemento fundamental en la forma de accionar. **Escuchar, por lo tanto, no implica dar respuestas o decirle al/a la otro/a lo que debería hacer para solucionar su problema, sino predisponer a construir estrategias y respuestas de manera conjunta.** Todas las personas tienen características y aspectos positivos que resaltar. Se apuesta a que la escucha y el diálogo que se entabla con las personas estén enmarcados en resaltar esos elementos que ayuden a mejorar la valoración que las personas construyen sobre sí mismas. Por lo tanto, es muy importante prestar atención a las maneras en las cuales los sujetos individuales y colectivos son nombrados, cómo se llaman a sí mismos, cómo son vistos desde su familia, grupo, barrio o comunidad, para buscar estrategias que tiendan a des-estigmatizar y construir un vínculo que los/las reconozca como sujetos de derechos, antes que identificarlos/las por sus carencias y defectos.



La escucha que se propone implica ponerse en un lugar receptivo, de búsqueda y valoración de los aspectos positivos que existen en las personas con las que trabajamos.

La escucha tiene que apuntar a generar el espacio y las condiciones para que quien se acerca pueda preguntarse acerca de su relación con las sustancias y las consecuencias negativas que ese vínculo pudiera generar en su proyecto de vida. De la misma manera, será un espacio para re-pensar las prácticas que se viene desarrollando como familia, organización e institución con relación a quienes tienen un consumo problemático. **Se propone no "ir al choque", sino trabajar sobre la "discrepancia"**. Cuando se va al choque se busca convencer a la persona de que lo correcto es lo que el propio profesional o equipo de salud piensan o consideran. Esto vale tanto para lo que el equipo de salud piensa que debiera ser el proyecto de vida de una persona -y cómo no debería ser, como para lo que el equipo considera que familiares y referentes comunitarios deben hacer y pensar -o dejar de hacer y pensar- respecto de la problemática.

En el caso de estar interviniendo con la persona que tiene un consumo problemático, imponer la propia postura sin escucharla, a partir de lo que el equipo cree de acuerdo con su propia visión implica negarlo como sujeto, y resulta en una práctica de orden prejuicioso que puede resultar expulsiva para la persona. Cuando, en cambio, se trabaja desde la discrepancia, se intenta construir empatía, reflexionar con el otro sobre su relación con las sustancias y el lugar que ocupan en su vida. **Empatía significa ponerse en el lugar del otro, aproximarse a la comprensión de lo que siente, se trata de captar la perspectiva de otros, su manera de vivir, sus sentimientos, sus actitudes, sus creencias, etc.** Mostrar empatía es una manera de mostrar a la persona su importancia, y el compromiso desde el sector sanitario -encarnado en el equipo de salud y cada uno de sus integrantes- con aquello que le aqueja, como parte activa de la comunidad.

Es necesario no confundir empatía con simpatía. Generar empatía no significa compartir o estar de acuerdo con los estilos de vida del otro, sino reconocer sus derechos y autonomía a la hora de tomar decisiones sobre su vida.

Trabajamos con la intencionalidad clara de que la/s persona/s no tengan un consumo problemático, pero estamos abiertos a que puedan o no quieran dejar de tenerlo. De lo que se trata es de motivar y buscar puntos de partida para que las personas encuentren razones y crean en la posibilidad de realizar un cambio que aporte o permita construir un proyecto de vida saludable.

En un modelo de abordaje integral, resulta necesario **entender a la escucha como un diálogo y una articulación de saberes provenientes de distintas disciplinas, tanto formales como no formales, ya que no todas las personas que atraviesan un consumo problemático necesitarán la misma estrategia de acompañamiento.** En otras palabras, entendemos a la escucha como un diálogo inter-saberes, apoyándonos en tres premisas:

- *El consumo problemático es un fenómeno complejo, atravesado por diversas situaciones de igual complejidad;*
- *Es imposible construir conocimiento y prácticas integrales desde cada disciplina de manera aislada;*
- *El debate y la articulación son aspectos inherentes al entrecruzamiento de saberes.*

En la tarea de articulación entre saberes, el conocimiento acerca de la pertinencia de las estrategias de atención no es patrimonio de una disciplina en particular, sino que se va definiendo en torno a la construcción de un saber colectivo. En este sentido, la conformación interdisciplinaria de los equipos de salud resulta esencial en tanto procura recuperar el bagaje de experiencias de sus miembros en la tarea de la escucha. Entendemos a la misma como un horizonte nuevo que trasciende las diferencias y construye un posicionamiento común



en la singularidad de cada situación. Asimismo, el concepto de inter-saberes (Boaventura De Sousa Santos) propone partir del diálogo horizontal entre conocimientos diversos, incluyendo el científico, pero también el campesino, el artístico, el indígena, el popular y otros tantos que son descartados por la currícula académica tradicional con el objetivo de organizar de una manera más humana la vida, elevando los niveles de participación democrático y respondiendo de manera satisfactoria a los requerimientos y necesidades sociales, en este caso, los referidos a los desafíos que representan los consumos problemáticos para la sociedad en general, y para los equipos de salud en particular.

Habiendo generado un primer acercamiento y encuadre de la intervención con la persona, familia y/o grupo referente, para realizar una primera escucha de la problemática, se pueden situar dos momentos diferenciados para organizar y delimitar las estrategias de acompañamiento y medidas de cuidado a implementar, que respeten la autonomía de la persona y que sean acordes a la particularidad de cada situación.

- **Deconstrucción de la demanda:** *implica un espacio de reflexión y problematización sobre lo que trae un sujeto en su relato.*
- **Construcción de la situación-problema:** *para encuadrar la demanda y canalizarla a partir de la elaboración de estrategias de acompañamiento adecuadas.*

En este marco, algunas preguntas guía y pautas orientadoras para deconstruir la demanda explícita son:

- *¿Quién demanda? Ubicar si es la persona, un/a referente o el mismo equipo quien ve una situación problemática sobre la cual intervenir.*
- *¿Qué demanda?, ¿Cuál es el texto explícito de la demanda?*
- **Voz del sujeto:** *si la persona que demanda es distinta de la que se encuentra en una situación problemática: ¿qué dice?, ¿qué expresa la persona en cuestión?*
- *¿Cómo es su red subjetiva? (siempre hay algo) ¿Qué dice?*
- *¿Qué información tenemos acerca del acceso a derechos de la persona que se encuentra atravesando un consumo problemático? Para esto indagaremos sobre el acceso referido a salud integral, educación, vivienda, alimentación, recreación, deporte, etc.*

## Importancia del trabajo en red

Para el abordaje integral de la problemática, será necesario implementar estrategias que pongan en juego tanto la Red Subjetiva (RS) de la persona, como la red en el sentido intersectorial y comunitario que se viene desarrollando, que permitan realizar un pasaje de la situación-problema identificada, a la construcción conjunta de estrategias de acompañamiento.

**La Red de Apoyo de la persona se compone de todos aquellos vínculos cercanos con los que cuenta: familiares, amigos/as, agentes sanitarios, referentes barriales, docentes, referentes de instituciones en donde la persona se siente a gusto y contenida. Las redes de apoyo son un elemento fundamental del proyecto de vida de los sujetos. Cuanto más débil/pequeña sea la red de una persona, más en riesgo se encuentra.** Por ello, una de las primeras acciones ante todas las situaciones será reconocer, fortalecer y ampliar la red subjetiva de la persona. Por un lado, entonces, es importante conocer quienes componen la red de una persona. Por otro lado, es importante conocer las características de sus miembros y en función de ello, decidir si resulta pertinente o no convocarlos -o evaluar cómo y cuándo hacerlo- para la construcción de estrategias de acompañamiento.

En este punto es importante romper con los propios prejuicios y rastrear en la vida cotidiana de la persona a quiénes acude cuando necesita algo o a la hora de compartir algún momento de su vida. Puede suceder que nos encontremos con que la red está compuesta por personas que el equipo considera “negativas”, pero no por

ello se debe negar que formen parte de su red. Esto también invita a renunciar a la “*subjetividad heroica*” (Elena de la Aldea), que implica correrse del lugar de “salvadores” del otro, posición que de cierta manera reproduce el individualismo propio de la época en la que vivimos. El rol del/de la profesional de la salud, y del equipo que integra, es el de ser facilitadores de una ampliación de la red de la persona, y no erigirse como su salvador.

A su vez, las redes comunitarias son un sistema abierto, multicéntrico que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y los de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que posee y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades de forma solidaria y autogestiva. **Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian y optimizan cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común. La multicentralidad de la red modifica el paradigma piramidal, en el cual todo debía converger a partir de un centro único.**

Las características principales de las redes son:

- **Horizontalidad:** *alude al vínculo de carácter horizontal entre pares donde todos/as ganan, pero también donde todos/as ponen, o el que todos/as participan y todos/as lideran, de formas diferentes.*
- **Trabajo en equipo:** *la intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Se apunta a la complementariedad de las partes.*
- **Autonomía y relación entre las partes:** *la esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales. Cada parte conserva su capacidad de decidir manteniendo una interacción continua.*
- **Pertenencia participativa:** *los propios actores involucrados deben tomar conciencia de la existencia de la red. Esto supone un proceso que ya está iniciado, con avances y retrocesos, momentos de entusiasmo por lo nuevo y miedo por lo que se dejó con la respectiva implicación efectiva.*
- **Compromiso:** *en términos de “protagonismo activo” de cada una de las partes.*
- **Objetivos comunes:** *se desarrollará una tarea en común en procura de objetivos explícitos compartidos manteniendo la identidad de los participantes. Serán de gran importancia los puntos de encuentro.*
- **Comunicación:** *necesidad de diálogo permanente e intercambio de ideas.*
- **Construcción y gestión colectiva del conocimiento:** *el conocimiento y la información se comparten, apuntando a la riqueza de la diversidad.*
- **Acción común:** *para la generación de la red es necesario que exista una finalidad explícita de interés para las instituciones y las personas que han de conformarla (ideario compartido). El trabajo en red es para “hacer cosas juntos”.*
- **Simplicidad y flexibilidad organizativa:** *la organización de la red no es un fin en sí misma, sino un medio para conseguir nuestros objetivos comunes, y por eso se cambia o adecua siempre que es preciso.*
- **Liderazgo:** *es compartido, el trabajo en red supone que cada uno/a de sus integrantes es un centro, pero ninguno con circunferencia. Se deberá aprender a vivir en tramas abiertas sin intentar concentrar poder.*
- **Evaluación y aprendizaje permanente:** *es necesario implementar estructuras que permitan una evaluación permanente y la movilización de recursos necesarios para regular y corregir las prácticas allí donde y cuando sea necesario. De esta manera se podrá mejorar y aprender a hacer mejor las cosas, con mayor eficacia, aprovechando mejor los recursos y logrando una mayor satisfacción de quienes participan.*



Los principios del trabajo en Red proponen conocer y valorar la experiencia del otro, la riqueza implícita de la diversidad sumando conocimiento y recursos. La implementación de acciones conjuntas permite la participación activa de todos los actores, los cuales serán concebidos como seres poseedores de una voz singular, única e irremplazable.

Asimismo, el trabajo en red puede aportar al equipo de salud en el sentido de:

- *Lograr cohesión de la comunidad, de los/as participantes y apoyo oficial.*
- *Fomentar el trabajo grupal, la interdisciplinariedad y el intercambio de saberes.*
- *Permitirle conocer con mayor profundidad la problemática local y realizar un análisis más amplio de la problemática, de las experiencias y enfoques en el abordaje de la temática.*
- *Facilitar la detección de problemáticas locales.*
- *Agilizar la circulación de información.*
- *Optimizar la articulación y el acceso a los recursos existentes en la comunidad.*
- *Fortalecer a la comunidad frente a la problemática y favorecer la autogestión comunitaria.*
- *Mejorar la atención de las personas, evitando que deambulen por distintas instituciones y/o servicios, descentralizando la atención y evitando el desarraigo.*
- *Mejorar la atención de las urgencias.*
- *Permitir pensar posibles respuestas a pesar de los obstáculos.*
- *Favorecer la capacitación y actualización continua acerca de la problemática.*
- *Disminuir el desgaste (burnout) generando corresponsabilidad de los actores y sectores intervinientes.*

En base a lo planteado entonces puede decirse que el **equipo de salud del Primer Nivel de Atención puede promover el pasaje de la situación-problema identificada, a la construcción conjunta de estrategias de acompañamiento.** Para esto será importante considerar, por un lado, que las mismas sean llevadas adelante de manera conjunta entre todos/as los/as actores y sectores involucrados, a partir del consenso y acuerdo de todos/as los/as integrantes del equipo de salud, otros/as referentes comunitarios, la red subjetiva de la persona y, especialmente, de la persona como protagonista. Por otro lado, trabajar para que la comunidad y sus organizaciones tanto formales como informales también implementen estrategias de cuidado y acompañamiento, asumiendo un rol activo ante la problemática, habilitando nuevas condiciones y opciones de acompañamiento que posibiliten a las personas pensar alternativas que le sientan mejor por interés, comodidad, gustos, placeres y preocupaciones, en términos de la construcción de un proyecto de vida.

# Herramientas de tamizaje y detección precoz. Evaluación diagnóstica integral. Elaboración de estrategias terapéuticas

## Introducción

Es necesario fortalecer el nivel de respuesta sanitaria que brinda el Primer Nivel de Atención ante situaciones tan frecuentes como las relacionadas al consumo problemático. Para ello, en línea con las acciones clínico-asistenciales que realiza el equipo de salud, debemos considerar la detección de personas que estén atravesando un consumo problemático de sustancias psicoactivas como un momento privilegiado para garantizar la continuidad de cuidados a través de una articulación fluida entre los distintos niveles del sistema sanitario.

Esta articulación es aún más importante en aquellos casos en los que suele ser difícil el anclaje en un tratamiento continuo, tanto por las intermitencias que suelen presentar las personas que atraviesan una problemática de consumos en la voluntad de buscar atención como por las posibilidades reales de acceder a los tratamientos.

El mantenimiento de la atención de una persona con problemas de consumo estabilizado resulta muy beneficioso desde el Primer Nivel de Atención por la amplitud de las intervenciones acorde a su realidad territorial y las posibilidades de hacer un seguimiento más cercano. Es decir, de implementar un abordaje verdaderamente integral, desde la particularidad de la realidad que vive la persona. Resulta necesario tener en cuenta que a veces la complejidad del caso puede verse elevada por la presencia de comorbilidades (ver más adelante).

En relación al tratamiento con psicofármacos, un concepto nodal a tener en cuenta es que éstos pueden ser sustancias de abuso. No obstante, es frecuente que personas con patologías asociadas a su consumo problemático requieran de un tratamiento con psicofármacos.

Dentro de las clasificaciones farmacológicas, podemos distinguir de forma general dos grandes grupos de medicamentos, los que presentan su efecto terapéutico en el corto plazo, y los de efecto terapéutico gradual. Esto tiene que ver con diferencias en farmacodinamia y farmacocinética, por ejemplo, los fármacos de vida media más corta tienen un efecto más inmediato y, por lo tanto, son sustancias con mayores posibilidades de producir una dependencia en la persona.

De todas formas, ante un plan de medicación cumplido con buena adherencia, dicha dependencia es un factor a ser monitoreado por el prescriptor y en estos casos en que se detecte, se procederá a la rotación por otro fármaco. También debemos destacar que la dependencia puede darse a los medicamentos con efecto acumulativo y gradual, fenómeno que no se basa en la acción de la sustancia de forma directa sino a una dependencia de causas psicológicas.

Es habitual que personas que puedan ser diagnosticadas con algún cuadro psicopatológico, sea un trastorno de ansiedad, del estado de ánimo, un trastorno psicótico o de personalidad (cada uno de estos diagnósticos tiene su apartado en los anexos para el prescriptor correspondientes), presenten también consumo problemático de sustancias. Estas situaciones pueden determinar cierta complejidad adicional en el despliegue del tratamiento propuesto, por lo que como en otros módulos se ha identificado, el abordaje psicofarmacológico debe ubicarse



dentro de una estrategia más amplia de atención, en la que la incorporación de la red socioafectiva en todas las instancias de tratamiento resultará favorable para su cumplimiento.

A continuación, se presenta un ejemplo de instrumento de detección del riesgo de consumo de sustancias usado en muchos países, el ASSIST (por su sigla en inglés). En este punto es necesario aclarar que detección no es sinónimo de diagnóstico. La principal herramienta para la confirmación del resultado del ASSIST es la entrevista de la evaluación integral que se verá más adelante.

### Prueba para tamizaje y detección precoz de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: ASSIST<sup>20</sup> - OMS

El consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias son factores de riesgo que a nivel global se vinculan a una gran variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como a problemáticas referidas a las relaciones interpersonales y familiares. La carga que para la salud pública representa el uso de sustancias en todo el mundo es considerable. Esta se erige como la razón fundamental para realizar pruebas de tamizaje y detección precoz de consumo de sustancias como el ASSIST.

El objetivo del proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargado de su desarrollo fue brindar apoyo y promover la prueba de detección de consumo e intervenciones breves del uso de sustancias psicoactivas por profesionales de la salud para facilitar la prevención, la identificación temprana y el manejo de los trastornos de uso de sustancias en los sistemas de atención de la salud con el objetivo principal de reducir la carga de morbilidad que se atribuye al uso de sustancias en el mundo.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias o ASSIST (por su sigla en inglés: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) se desarrolla como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

**Tiene por objeto detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas.** Se erige como una acción en clave de prevención desde el Primer Nivel de Atención. La OMS identificó una serie de criterios para determinar si se debe hacer la prueba de detección de consumo de sustancias:

- *El consumo es un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad.*
- *Hay tratamientos o intervenciones aceptables y disponibles para las personas con resultados positivos.*
- *La identificación e intervención tempranas tendrán mejores resultados que el tratamiento posterior.*
- *Siempre hay una prueba de detección disponible que sea adecuada para las personas.*
- *La prueba de detección debe estar disponible a un costo razonable.*

El consumo de sustancias riesgoso y nocivo cumple todos estos criterios, y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias puede considerarse como una extensión de las actividades de detección y rastreo en el Primer Nivel de Atención.

Es algo bien conocido por los equipos de salud del Primer Nivel de Atención que muchos de los problemas de salud habitualmente abordados, pueden empeorar por el consumo de sustancias psicoactivas, y que realizar una prueba de detección puede brindar una valiosa oportunidad para informar y sensibilizar a las personas

---

<sup>20</sup> La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos en 1977, se desarrolló y validó hasta la versión actual en 2007.

sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol u otras sustancias.

Los/as trabajadores/as de la salud deben conocer los posibles motivos del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico (incluido el malestar de la abstinencia), o bien por la función o el propósito de las sustancias. Por ejemplo, las personas que consumen psicoestimulantes pueden hacerlo para aumentar el rendimiento, permanecer despiertos o bajar de peso. Sin embargo, los problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas. Por tanto, la prueba ha sido diseñada para detectar los problemas relacionados con los hábitos de consumo de sustancias mencionados anteriormente.

El ASSIST es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas usuales. Consiste en un cuestionario en versión papel y lápiz dirigido a las personas que consumen sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y tomarlo lleva aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que la persona informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con la persona sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). Asimismo, proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

En resumen, ofrece información sobre diferentes aspectos, a saber:

- **Pregunta 1 (P1):** *¿cuáles sustancias ha consumido alguna vez a lo largo de la vida?*
- **Pregunta 2 (P2):** *¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses? Lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual.*
- **Pregunta 3 (P3):** *¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?*
- **Pregunta 4 (P4):** *¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?*
- **Pregunta 5 (P5):** *¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?*
- **Pregunta 6 (P6):** *si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.*
- **Pregunta 7 (P7):** *si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.*
- **Pregunta 8 (P8):** *si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.*

Su aplicación debe realizarse de acuerdo con las siguientes pautas de presentación preestablecidas:

- *Entregue a la persona la tarjeta de respuestas del cuestionario ASSIST;*
- *Explique la lista de sustancias y los términos comunes utilizados;*
- *Explique que las preguntas se refieren a los últimos tres meses y a lo largo de la vida;*
- *Explique que las preguntas se refieren sólo al consumo sin receta médica;*
- *Explique los límites de confidencialidad.*

Puede ser administrado por los/as profesionales de atención primaria de salud y por cualquier otro/a profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o perjudicial. Asimismo, podrán aplicarlo profesionales de la salud mental, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as, obstetras, parteras, y el resto del equipo de salud en general.

Es importante establecer que hasta la actualidad el ASSIST ha sido validado solo en forma de entrevista, ya que no se ha determinado aún si puede hacerse de manera auto-administrada. Sin embargo, el formato de entrevista tiene muchas ventajas y puede utilizarse aun cuando las personas tienen niveles bajos de alfabetización. El/la trabajador/a de la salud puede explicar las preguntas que no se entiendan bien y repreguntar sobre aquellos puntos que lo requieran.

## Evaluación diagnóstica integral y elaboración de la estrategia terapéutica

Los dispositivos que brindan asistencia en el Primer Nivel de Atención se constituyen como puerta de entrada al sistema en caso de que éstos cuenten con una inserción territorial suficiente para generar o facilitar la demanda en las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas o de su red afectiva cercana.

Esto implica la posibilidad de contar con algún profesional de la salud que pueda aplicar alguna prueba de pesquisa o detección como la herramienta ASSIST, cuyo resultado dará el nivel de riesgo asociado al consumo. A partir de aquí, algunos efectores de primer nivel cuentan con un equipo interdisciplinario para realizar la confirmación diagnóstica y otros tendrán que recurrir a una derivación asistida o una referencia al hospital general de referencia. El equipo de salud del Primer Nivel de Atención puede dar inicio a una intervención en el sentido planteado en los capítulos anteriores, habilitando a la posibilidad de que la persona pueda hablar sobre el tema, definir una situación problema a partir de la cual articular estrategia/s de abordaje acorde a sus deseos y necesidades (disminución del consumo, abstinencia, regulación del mismo, etc.), entre las cuales se ubique la posibilidad de referencia al Segundo Nivel de Atención.

En los efectores que cuenten con equipo interdisciplinario en salud mental se podrá prescindir del paso de detección, pasando a realizar una evaluación integral de diagnóstico.

En cualquiera de los casos, las indicaciones de tratamiento deben realizarse mediante la elaboración de una estrategia terapéutica, ya sea para seguimiento en el propio efector (consejería o tratamiento, según el nivel de riesgo) o una derivación asistida.

Esta evaluación interdisciplinaria es el proceso de esclarecimiento de la situación que presenta un consultante y que permite la toma de decisiones sobre la acción terapéutica adecuada.

El consumo problemático de sustancias está asociado a múltiples factores que, interrelacionados, configuran la situación del consultante. Un diagnóstico integral es aquel que aborda el conjunto de estos factores y sus interrelaciones, brindando recursos para un abordaje terapéutico más abarcativo



Mediante un proceso de entrevistas, **para arribar a un diagnóstico integral**, el equipo de salud deberá considerar las siguientes variables **para establecer la situación vital de las personas:**

#### **A - Evaluación salud física**

- *Antecedentes clínicos, enfermedades (diabetes, asma, HIV y otras ETS, hepatitis B y C, enfermedad crónica), fracturas.*
- *Internaciones hospitalarias (accidentes y operaciones).*
- *Medicación y auto-medicación.*
- *En personas gestantes: antecedentes ginecológicos, posibilidad de embarazo, fecha de última menstruación, abortos.*
- *Evaluación salud mental (ver 2. Prácticas recomendadas en salud mental desde una perspectiva de derecho.)*

#### **B - Evaluación psicopatológica integral:**

- *Revisión de síntomas.*
- *Historia de tratamiento psiquiátrico*
- *Comorbilidad psiquiátrica: esquizofrenia o psicosis de larga evolución, depresión grave, trastorno bipolar, cuadro orgánico grave, retraso mental, trastornos de desarrollo graves, trastornos del comportamiento graves.*

#### **C - Evaluación de capacidades:**

- *Evaluación psicosocial.*
- *Familia: figura vincular o contenedora y sistema familiar.*
- *Integración social: vida de calle, escuela, grupo de pares, comunidad y recreación.*
- *Situación socio-laboral y educativa: competencia ocupacional, historia laboral y educativa.*
- *Socialización y modulación de conductas transgresoras.*

#### **D - Situación de consumo:**

Esta información por lo general surge durante la entrevista, siendo conveniente no orientarla específicamente a obtener la misma, para poder dar lugar a que las personas hagan un relato más amplio de su situación y sus recursos para poder trabajar en el proceso terapéutico. Se puede tomar referencia de las siguientes situaciones:

- *Edad de inicio de consumo.*
- *Sustancia o droga consumida y droga de mayor incidencia.*
- *Frecuencia de consumo actual.*
- *Consumo sostenido*
- *Modalidad social del consumo (siendo el consumo a solas muchas veces de mayor riesgo)*
- *Consecuencias de la intensidad de consumo*
- *Vía de administración, entre otros*
- *Evaluación de grado de compromiso psicosocial: debe incluir los riesgos y daños presentes en la persona que consulta, pero también en el grupo familiar y afectivo, considerando globalmente los recursos personales, familiares y sociales con que aquel cuenta y podrá contar durante y después del proceso de tratamiento.*



Finalmente, se insiste en que tanto la evaluación para arribar a un diagnóstico integral, como la elaboración de la estrategia terapéutica son procesos que se realizan esencialmente a través de entrevistas individuales y familiares como herramientas centrales, que deben estar a cargo del equipo interdisciplinario de salud. Estos procesos se complementan con las herramientas de rastillaje y detección precoz como el ASSIST.

## Situaciones de consulta frecuente en materia de consumos problemáticos<sup>21</sup>

Consumo problemático, Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA), consumo de riesgo y/o dependencia. Debe sospecharse la existencia de un consumo problemático cuando el tipo de vínculo establecido con la sustancia directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros. Puede o no tener una frecuencia sistemática. Esto incluye al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA).

El CEEA se configura con la ingesta de alcohol de más de 5 unidades\* en hombres y de más de 3 unidades\* en mujeres, en una sola ocasión o en un período de pocas horas. Su carácter eventual complejiza el abordaje asistencial desde el Primer Nivel de Atención, por lo que ante esta forma de consumo deberán implementarse estrategias de atención en la urgencia, y fundamentalmente, preventivo promocionales (tal como se plantea en la unidad anterior, y se retoma más abajo en la presente unidad).

\* 1 unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a 1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350 cc), 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc); 1 trago (80 /100 cc) de destiladas (ron, whisky, vodka, fernet, etc.).

El consumo de riesgo en relación al consumo de alcohol se establece cuando la ingesta es en la mujer de más de un (1) vaso de vino (150 cm<sup>3</sup>) o cerveza (330 cm<sup>3</sup>) o medidas de bebida blanca por día y en el varón más de dos (2). Como pautas orientadoras de la intervención para evaluar el riesgo se recomienda indagar sobre:

- *Motivación para el consumo (con quién, cuándo, dónde, si es habitual, si lo hace sólo o con amigos, si ocurre en salidas, etc.).*
- *Patrón de consumo múltiple de alcohol y otras sustancias psicoactivas.*
- *Ausencia o no de cuidados previos durante la ingesta de alcohol (inclusión de comidas, jugos, agua).*
- *Conducción de maquinaria (vehículos) bajo consumo de alcohol.*
- *Frecuencia de caídas, lesiones y situaciones de violencia asociadas al consumo*
- *Frecuencia de relaciones sexuales no protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgos vinculados a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.*
- *Consumo de alcohol durante el embarazo.*

Además, en todos los casos de consumo de riesgo es preciso detectar y registrar:

- **Black-outs:** *episodios de amnesia parcial (transitoria o permanente) que ocurren post- estado de intoxicación.*
- *Existencia de ingresos reiterados al sistema de salud relacionados a ingesta de alcohol.*
- **Riesgo de suicidio:** *antecedentes, ideación e intención suicida, existencia de un plan, etc.*
- *Embarazo.*
- *Detección del consumo de riesgo en consultorios externos: personas con gastritis, cefalea, mialgia, hepatopatías, politraumatismos o que hayan sufrido un accidente recientemente.*

<sup>21</sup> El presente capítulo se basa en los documentos: *Pautas y Herramientas para la Atención Integral (PHAI) frente al consumo excesivo de sustancias, particularmente el alcohol* y *Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes, ambos producidos por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación en los años 2013 y 2012 respectivamente.*



Se denomina **Dependencia** al conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales, emocionales y cognoscitivas que demuestran que el consumo adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor. En este caso, el consumo tiene una frecuencia sistemática, y la cantidad puede variar considerablemente en cada persona, sin alterar el diagnóstico del cuadro.

Las manifestaciones características de la **dependencia** son: el deseo imperioso (*compulsión o "craving"*) de ingerir la sustancia, la incapacidad de detenerse luego de iniciado el suministro, los síntomas psicofísicos de abstinencia cuando la sustancia se abandona, y el fenómeno de tolerancia (disminución del efecto con la cronificación del consumo, es decir aumento progresivo de la cantidad para el mismo efecto). Implica tanto dependencia física (el cuerpo expresa malestares frente a la falta de ingesta), como dependencia psíquica (displacer que produce la carencia de la ingesta).

Por último, es necesario diferenciar los cuadros anteriores del Síndrome de abstinencia por consumo de alcohol, que se refiere a un grupo de síntomas que se pueden presentar cuando se suspende el uso de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas después de un consumo prolongado o dependiente. Es frecuente que esta presentación llegue a un efector del Primer Nivel de Atención ya sea por seguimiento de casos de personas en situación de consumo o por las consultas de familiares o referentes socio afectivos.

Los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica son: temblores, excitación psicomotriz, hipertermia, alucinaciones (especialmente visuales y táctiles) y convulsiones. Estos síntomas pueden darse de modo aislado y no presentarse necesariamente el cuadro completo. La máxima expresión se denomina Delirium Tremens, que es un cuadro de coma, con delirio que requiere realizar una inmediata referencia al hospital general para implementación de cuidados médicos especiales.

### **Sobre el abordaje integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención: pautas, dispositivos y herramientas.**

En línea con lo que se viene desarrollando en capítulos anteriores, se insiste en la necesidad de que el consumo problemático de sustancias psicoactivas, de sustancias en general pero de alcohol en particular, sea objeto de intervenciones diversas no sólo para detectar oportunamente situaciones de riesgo que sea necesario referir al Segundo Nivel de Atención, sino sobre todo para implementar acciones de tipo clínico asistencial y preventivo promocional con las personas atravesadas por la problemática, sus familias y con la comunidad en su conjunto.

Se recomienda implementar estrategias planteadas desde el modelo de reducción de daño, que difieren de las estrategias del abstencionismo, que tienen como condición de tratamiento que la persona se comprometa a suspender el consumo, lo cual demostró no ser eficaz. Con la reducción de daños se intenta que la persona consuma menos cantidad progresivamente y que mantenga la adherencia al tratamiento, para evitar el abandono del mismo, muy frecuente en estas problemáticas.

En el marco de las acciones de prevención y promoción, el abordaje del tema permite desnaturalizar el consumo habilitando espacios para trabajar sobre mitos y representaciones sociales asociadas al consumo, identificar posibles consumos de riesgo y sensibilizar sobre los efectos e implicancias del mismo.

Algunas herramientas y dispositivos para implementar en este sentido pueden ser, además de las ya mencionadas en capítulos anteriores, las herramientas de screening como el Cuestionario para el reconocimiento del consumo problemático de alcohol (CRaA) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) de la OMS, que pueden ser implementados en el marco de cualquier intervención comunitaria del equipo de salud, como por ejemplo talleres, espacios de consejería o de orientación psicosocial, etc. Estos

dispositivos además pueden ser dirigidos no solo a las personas o poblaciones de mayor vulnerabilidad sino abiertos a la comunidad, incluyendo a familiares, referentes y a la comunidad en general.

Como pautas orientadoras de la intervención para prevenir el CEEA se sugieren particularmente las acciones de sensibilización, información y comunicación de riesgos y consecuencias en las personas y su entorno cuando se consume alcohol y otras sustancias psicoactivas, a través de las herramientas mencionadas, a las que se pueden agregar el uso creativo de técnicas lúdicas en dispositivos tanto sanitarios como de sectores como educación, deporte, cultura, etc.

Algunos dispositivos particularmente sugeridos en situaciones donde se detecta riesgo, consumo problemático y personas con consumo de dependencia son espacios terapéuticos grupales como por ejemplo los grupo de referentes y referentes pares, los espacios grupales como por ejemplo los G.I.A (grupos institucionales de autoayuda), además de espacios como psicoterapia, tratamiento farmacológico, consejería, orientación y estrategias de acompañamiento en comunidad, de acuerdo al diagnóstico integral realizado por el equipo de salud. Esto permitirá que las estrategias que el equipo defina implementar tiendan a reducir los daños producidos por el uso nocivo de la sustancia y a evitar el desarrollo de complicaciones cuando existan factores de riesgo.

En caso de que el personal médico del equipo de salud evalúe el requerimiento de un tratamiento farmacológico en una persona con consumo problemático, se implementará teniendo en cuenta una evaluación integral, a partir del contexto singular en el que ese consumo tenga lugar, considerando e informando que dicho tratamiento será sintomático, dado que no se cuenta con psicofármacos que actúen en la etiología del consumo.

La amplia diversidad de las presentaciones cognitivas, afectivas y conductuales podrán ser objeto de numerosas respuestas psicofarmacológicas, debiendo ser referenciadas a especialistas de dispositivos de mayor complejidad aquellas situaciones o presentaciones donde el padecimiento implica un alto nivel de conflictividad y riesgo. Por este motivo, las estrategias de atención de situaciones de consumo siempre deben contemplar el trabajo en red con el Segundo Nivel de Atención, que permitan al equipo realizar acompañamientos, derivaciones asistidas y seguimientos como parte de los cuidados a implementar en aquellas situaciones o momentos donde la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención se vea excedida.

### **El consumo de sustancias en pandemia, situaciones de emergencias o catástrofes.**

En el contexto de pandemia por COVID-19 donde las personas han tenido que adoptar medidas de cuidado que incluyeron la realización de cuarentena, es posible que hayan aumentado el consumo de sustancias psicoactivas, en particular de alcohol (OMS, 2020). El consumo responsable de sustancias debió ser entonces promovido de la mano del uso creativo y saludable del tiempo en casa.

Resulta esencial que los equipos del Primer Nivel de Atención puedan estar advertidos sobre esta posibilidad, ante situaciones de emergencias y desastres, y conozcan lo que sucede en su territorio. En el caso de la situación de pandemia, los equipos también estuvieron atentos al posible aumento de situaciones de violencia intrafamiliar asociado al consumo y potenciadas por la necesidad de permanecer en los hogares.

En este sentido, es importante que las distintas estrategias implementadas por los equipos tanto para realizar diagnósticos situacionales y comunitarios, como para planificar abordajes de personas con problemáticas de consumo, o de prevención y promoción de hábitos saludables, no se vean interrumpidas por la situación de emergencias o desastres.

### **Particularidades de la intervención en Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)**

El uso de sustancias requiere una atención especial en la infancia y la adolescencia.



Algunos de los rasgos de los adolescentes tienden a la tramitación de las crisis a través de comportamientos impulsivo-compulsivos. Asimismo, más allá de sus crisis psicoevolutivas naturales, pueden presentar mayor vulnerabilidad al consumo excesivo de alcohol y/o al uso de drogas, por problemáticas psicológicas o socio-culturales particulares.

Cuanto más temprano sea el inicio en el consumo, más posibilidades habrá que los/as NNYA presenten comorbilidades u otros diagnósticos de salud mental. Por ejemplo, el uso de marihuana en adolescentes está relacionado a mayor riesgo de presentar un primer episodio psicótico.

La dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas provoca un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo, como problemática prioritaria o como morbilidad asociada con otro padecimiento mental, se constituye en un elemento clave en el abordaje clínico asistencial, en la evolución y el pronóstico de estas problemáticas. Cuanto más temprana sea la edad de inicio del consumo, tendremos mayor compromiso por el impacto que se produce tanto a nivel cerebral como el impacto en el entorno. Al tratarse de una edad en desarrollo, podemos encontrar dificultades en el proceso de mielinización de la corteza prefrontal, que es la última área cerebral en madurar, y que justamente tiene que ver con las funciones ejecutivas, claves para la inhibición de las conductas. Es decir, si la edad de inicio es en la vida adulta, cuando estas áreas ya están desarrolladas plenamente, el impacto del uso de sustancias no sería tan comprometedor como si el inicio es temprano. Esto en base a la hipotética situación de considerar la misma cantidad de sustancia implicada en ambos casos.

Por lo antedicho, el tratamiento de las problemáticas de consumos en NNYA -que puede apoyarse en la implementación de la ley que regula la oferta y prohíbe la venta de bebidas alcohólicas en la niñez y adolescencia<sup>22</sup> - debe orientarse hacia el abordaje interdisciplinario del padecimiento subjetivo implicado en estas conductas adictivas, destacando siempre el trabajo con la persona afectada desde una lógica que lo priorice como sujeto en situación de vulnerabilidad, más allá del consumo sintomático agregado.

---

<sup>22</sup> Ley Nacional N° 24.788 de lucha contra el alcoholismo. Decreto 149/2009.

## Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir

Los tratamientos psicofarmacológicos cuando existe un trastorno por uso de sustancias son sintomáticos y dependen del momento del cuadro y de la sustancia de la cual se haga abuso.

Con la excepción de algunos fármacos aprobados para el uso particular y en ciertas circunstancias, de pacientes con consumo problemático de alcohol, no hay tratamientos psicofarmacológicos específicos aprobados para el tratamiento de individuos con uso problemático de sustancias. En consecuencia, el tratamiento psicofarmacológico estará dirigido a otros cuadros psicopatológicos asociados o eventualmente a sintomatología que acompañe esas presentaciones.

De esta forma, en casos de abuso de alcohol está descrito el uso de naloxona, naltrexona y disulfiram. A su vez se han observado varios fármacos con utilidad para evitar el craving (el deseo intenso de consumo) como la pregabalina, gabapentinola carbamazepina. Incluso suplementos como la N-Acetil Cisteína han tenido buenos resultados en investigaciones sobre el craving. Todos estos fármacos pueden usarse para el sostenimiento del tratamiento de una persona que presenta un consumo problemático de sustancias, desde el Primer Nivel de Atención.

Ante una primera consulta al equipo de salud, se plantea una estrategia terapéutica, que puede incluir la necesidad de incorporar un esquema psicofarmacológico. Como parte de esta estrategia, resulta indispensable realizar una evaluación para determinar el estado médico clínico. En caso de presentar signos de intoxicación, abstinencia o cuadros de deterioro físico asociados al uso de larga data de sustancias será de elección una derivación a un segundo nivel para proceder a la compensación, cuidado y tratamiento adecuado del cuadro.

Luego de estabilizarse, en caso de que no se evalúen situaciones clínicas que lo contradigan, será posible continuar el tratamiento en el Primer Nivel de Atención. Será conveniente mantener la referencia con el hospital general correspondiente para la derivación cada vez que la situación clínica lo amerite. Esto incluye cuadros de intoxicación aguda grave o sintomatología de abstinencia severa, deterioro clínico general o el agravamiento de un cuadro psicopatológico que requiera un abordaje de mayor complejidad

### Algunos factores para considerar frente a las urgencias asociadas con el uso de sustancias

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las ocasiones en las que se presenta en la urgencia un paciente con un cuadro de intoxicación, esta se da producto del consumo de la combinación de sustancias, siendo lo más frecuente la combinación de alcohol con cocaína o con psicofármacos, mayormente benzodiazepinas. Por esta razón, más que cuadros específicos, se suelen describir como síndromes toxicológicos. Conocer las principales características de éstos nos puede orientar a la hora de pensar nuestra estrategia de intervención. Las presentaciones más frecuentes se incluyen dentro del:

1. *síndrome simpático mimético, mayormente asociado con el uso de cocaína y otras sustancias estimulantes del sistema nervioso central (como metilfenidato, anfetaminas, hormona tiroidea, etc.) y a cuadros de abstinencia, se caracteriza por un cuadro de agitación, signos vitales más elevados que los parámetros habituales, pudiendo presentar cuadros de psicosis, y en casos más severos, arritmias y convulsiones. Suelen asociarse con signos característicos como midriasis o nistagmo vertical,*
2. *síndromes hipnótico-sedantes, asociados al uso de depresores del sistema nervioso como alcohol o benzodiacepinas, se caracterizan por signos vitales “en menos”: enlentecimiento psico-motor que se puede asociar con estados de conciencia alterados como somnolencia y confusión y otros signos posibles como ataxia o disartria. Es más característica la miosis y visión borrosa.*

Resulta importante describir, por su frecuencia de presentación, algunas cuestiones asociadas con los cuadros de agitación producto del uso de sustancias. En estos casos es importante tener en cuenta que el manejo es el de un cuadro clínico general de esas características, es decir que no requiere de un conocimiento específico por parte de un especialista en psiquiatría o un abordaje psicofarmacológico específicamente asociado con el uso de sustancias. Dicha conducta terapéutica debe priorizar el control de signos de vitales, la diuresis y la observación periódica; control de glucemia capilar, colaborar con la orientación dirigiéndose por el nombre, y sólo utilizar contención física en el caso que sea el único medio disponible para evitar que se haga daño a sí mismo o a terceros. Es prioritaria la articulación con un efector cuyo nivel de complejidad permita monitorear parámetros como glucemia, urea y creatinina, ionograma, estado ácido base, CPK, y realizar ECG para control cardiovascular en casos más severos. Por lo expuesto, se destaca que el manejo agudo del cuadro no requiere para su actuación de la identificación de la sustancia utilizada, más allá de que con pruebas de tamizaje para detección de sustancias pueden confundirse los resultados con metabolitos de otras sustancias hasta varios días después de su uso. Por esta razón, son pruebas que pueden confundir en la interpretación del cuadro, sin desconocer por otro lado, el estigma asociado con los usuarios de sustancias de abuso en cuyo abordaje debe priorizarse la confidencialidad y el cuidado.

En cuanto a las indicaciones farmacológicas para estos cuadros, se prioriza el uso de benzodiacepinas evitando el uso de haloperidol que ha mostrado evidencias de prolongación del QTc incrementando el riesgo cardiovascular.

## Otras situaciones que pueden requerir intervenciones de urgencia

### 1. Síndrome de Abstinencia alcohólica

Se ha descrito una prevalencia cercana al 50% en usuarios con consumo intensivo de alcohol, con un inicio aproximado a las 8 hs de la interrupción de su uso y un pico aproximado a las 72 hs. En general la sintomatología de abstinencia cede a los 5 a 7 días. La importancia del tratamiento en esta instancia es, además de aliviar la sintomatología como náuseas, vómitos, cefalea, temblor, hormigueos y en casos más severos agitación, diaforesis y alucinaciones, prevenir la aparición de convulsiones y el desarrollo de delirium tremens. Este último es un cuadro grave y la forma de presentación más severa del síndrome de abstinencia alcohólica; a los síntomas graves ya descritos se suma la alteración autonómica, y el incremento de la mortalidad asociada con arritmias, convulsiones e hipertermia. Nuevamente se prioriza la utilización de benzodiacepinas y el uso de tiamina para prevenir la aparición de otros cuadros graves como la encefalopatía.



Nuevamente, las medidas de abordaje son medidas generales. Se recomienda:

- *Mantener vía aérea permeable.*
- *Corregir la taquicardia.*
- *Controlar la hiperglucemia.*
- *Priorizar el uso de benzodiazepinas, como Diazepam V.O. o E.V. de acuerdo con la gravedad del caso o Lorazepam en patología hepática.*
- *Vitamina B1 (tiamina)*

Por los controles necesarios a los que se ha hecho referencia, el manejo de este cuadro agudo debe realizarse en un efector cuya complejidad permita el monitoreo mencionado. Salvo en aquellos dispositivos del Primer Nivel de Atención que cuenten con atención 24 horas, este abordaje deberá darse en el entorno del hospital general de referencia.

## 2. Intoxicación alcohólica aguda

La intoxicación alcohólica aguda es de muy frecuente presentación a lo largo de los diferentes niveles sanitarios. Resulta preponderante el rol del Primer Nivel de Atención para brindar los cuidados iniciales y realizar la articulación con el Hospital General de referencia, en aquellos casos que sea procedente.

Se podrá abordar un caso de intoxicación leve en un efector de baja complejidad como un centro de salud cuando se disponga de una franja horaria que pueda cubrir al menos una observación de entre 6 y 12 horas, además de la disponibilidad de personal médico en dicho período. En caso contrario, se adoptarán las medidas iniciales mientras se prepara la articulación con el Segundo Nivel de Atención.

El diagnóstico se basa en los antecedentes y en las manifestaciones clínicas. Existen métodos complementarios para evaluar el consumo de alcohol (orina, aire espirado, etc.)

Para el abordaje de la intoxicación aguda los procedimientos se deberán adecuar a los recursos según la complejidad del efector y en base a si se trata de un cuadro de intoxicación aguda leve, moderada o grave:

En casos de intoxicación aguda inicial o leve, las personas pueden presentar euforia, distimia, verbosidad, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos.

Como medidas generales de abordaje, se recomienda:

- *Atender en un lugar tranquilo y controlado. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras, sin estímulos lumínicos ni sonoros.*
- *Realizar un examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Descartar patología asociada.*
- *Considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.*
- *En caso de ser posible, solicitar inmediatamente hemograma, hematocrito, hepatograma con gama GT, Glucemia, Rx. de tórax.*
- *Realizar tratamiento de sostén: evitar hipotermia (abrigo) y broncoaspiración (cuidar el decúbito lateral izquierdo).*
- *Observar durante 6 horas con evaluación repetida cada 2 horas. Si la evolución es favorable, proceder a la evaluación de riesgo y consejería según pautas para la atención del CEEA.*
- *Si la evolución es desfavorable, proceder a la articulación para derivación asistida al hospital general de referencia.*



**En casos de intoxicación aguda moderada o grave**, resulta indispensable identificar signos de gravedad para proceder a la articulación con el nivel hospitalario, dando los cuidados iniciales desde el Primer Nivel de Atención.

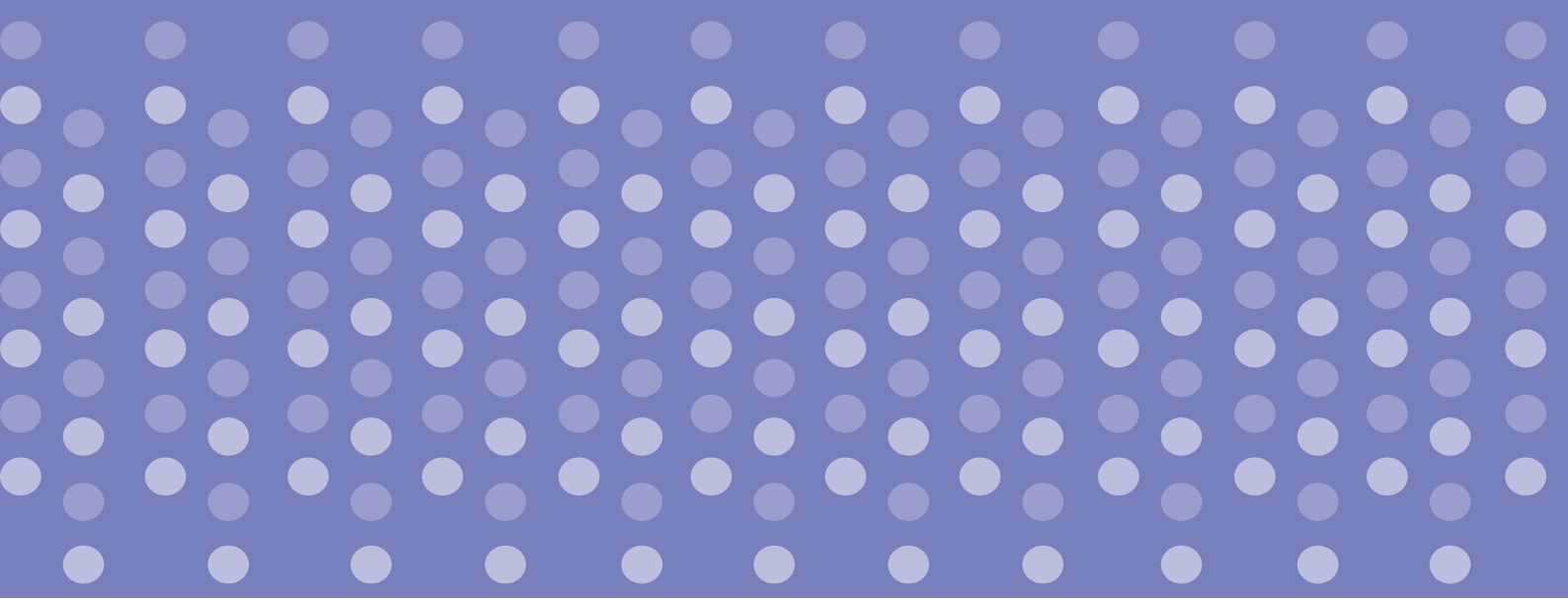
La persona puede presentar: agresividad, impulsividad, deterioro de la atención y conciencia, juicio alterado, ataxia (descoordinación o torpeza en los movimientos), somnolencia, alteraciones sensoriales, oculares (nistagmus, diplopía, miosis), hipotonía, hiporreflexia, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones.

Como medidas generales de abordaje, se recomienda:

- *Utilizar protocolo de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión, expandir con cristaloides.*
- *Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración.*
- *Examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.*
- *Buscar evidencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumatismos y broncoaspiración.*
- *Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.*
- *Solicitar, en caso de ser posible, hemograma, hematocrito, hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca – Mg, Gasometría, Creatinina, Rx. de tórax.*
- *Realizar exámenes necesarios para descartar comorbilidades (tomografía, ecografía, etc.).*
- *En caso de ser posible, monitoreo cardiaco/ECG para descartar arritmia.*
- *Compensación del medio interno. Si presenta convulsiones el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etc.*

# Presentaciones clínicas prevalentes en Salud Mental.

## Módulo IV

- 14 Trastornos del estado del ánimo.
  - 15 Trastornos de ansiedad.
  - 16 Trastornos psicóticos.
  - 17 Problemáticas de salud mental prevalentes en personas mayores.
  - 18 Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.
- 



## Trastornos del estado del ánimo<sup>23</sup>

### Trastornos depresivos

La depresión provoca un deterioro importante en la calidad de vida de las personas y es una de las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad (AVAD). Se estima que, junto con la obesidad, la depresión es una de las afecciones de salud más frecuentes de este siglo. Su prevalencia aumenta con la edad y se ubica habitualmente como el principal motivo de consulta por problemas de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención, asociándose con mayor frecuencia al suicidio en comparación con la población general.

Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%. La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%). Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero con menor frecuencia que en los grupos de mayor edad. El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, lo que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios (OPS, 2017).

Si bien la depresión se asocia con tristeza, la mayoría de las personas que la padecen no la refieren. Describen en cambio sensaciones de desesperanza, desánimo, *"sensación de vacío" o de "estar en un pozo"*. Las personas con depresión o distimia suelen presentar también síntomas de ansiedad y múltiples quejas somáticas que frecuentemente son las que lo llevan a consultar al equipo de salud del Primer Nivel de Atención (dolores de cabeza, síntomas digestivos, dolores lumbares, dolores precordiales, astenia, trastornos del sueño).

**Estos síntomas muchas veces no son reconocidos dentro del contexto de un síndrome depresivo, generando un subdiagnóstico de estos padecimientos en los efectores de salud del Primer Nivel de Atención.**

Dada la existencia de tratamientos farmacológicos e intervenciones terapéuticas efectivas, es importante un mayor reconocimiento y tratamiento adecuado de estos trastornos en el Primer Nivel de Atención, ya que el tratamiento apropiado puede contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población, disminuir la discapacidad que producen y mejorar el pronóstico de las enfermedades físicas concomitantes.

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, la pérdida del interés o de la capacidad para sentir placer, y la manifestación de otros síntomas, como por ejemplo pérdida de peso, trastornos del sueño, pérdida de energía, falta de concentración, pensamientos de muerte o ideación suicida, entre otros. Además, muchas personas con depresión sufren también síntomas ansiosos y síntomas somáticos que no tienen una explicación física.

La distimia, en cambio, se caracteriza fundamentalmente por la presencia de un ánimo triste, pero por un tiempo más prolongado que en la depresión, por un lapso mínimo de dos años. La capacidad para el placer y el interés están conservados en estas personas, quienes además no presentan, como en la depresión, ideas suicidas o pensamientos recurrentes de muerte.

<sup>23</sup> El presente capítulo está basado en el Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud - TRAPS- Módulo Salud Mental, de la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2017



Entre los principales trastornos depresivos, tanto el DSM-IV como el capítulo 5 del CIE-10 incluyen:

- *Trastorno Depresivo Mayor.*
- *Trastorno Depresivo Persistente (distimia).*
- *Trastornos depresivos no especificados.*

## Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por la presencia de, al menos, cinco de los criterios que se enumeran a continuación, de los cuales un **estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer siempre deben estar presentes**. Estos criterios deben presentarse al menos durante un período de dos semanas y deben representar un cambio importante respecto a la actividad previa a la aparición de estos síntomas. Los criterios incluyen:

1. *Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según refiere la persona afectada (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) u otras personas del entorno (por ejemplo, se muestra lloroso). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable. Un aspecto fundamental, es que **este criterio debe estar siempre presente para hacer el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.***
2. *Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.*
3. *Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños, se debe considerar el fracaso en lograr el aumento de peso esperado para su edad.*
4. *Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*
5. *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.*
6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*
7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*
8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.*
9. *Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*

Además, es necesario:

1. *Que estos síntomas causen un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*
2. *Que el episodio no pueda atribuirse a los efectos de una sustancia psicoactiva o una enfermedad médica.*
3. *Distinguir que el episodio de depresión mayor no se explique mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (ver 16. Trastornos psicóticos).*
4. *Registrar que nunca haya habido un episodio maníaco o hipomaníaco (ver más adelante en el presente capítulo).*

Debe considerarse que el episodio depresivo puede ser en realidad la fase depresiva de una enfermedad bipolar no diagnosticada aún. Para hacer un diagnóstico y tratamiento correcto debe efectuarse un buen interrogatorio preguntando a la persona por antecedentes de síntomas de manía o euforia no justificada.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) se pueden presentar con los mismos sentimientos que la depresión mayor y pueden simular un episodio depresivo.

Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debe prestar atención a la posibilidad de que se trate de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta diferenciación requiere de un criterio clínico basado en la historia de la persona y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida

### Trastorno depresivo persistente (distimia)

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido durante un mínimo de dos años. En niños, niñas y adolescentes, el tiempo mínimo es un año y también puede caracterizarse por un estado de ánimo irritable.

Además, tienen que estar presentes dos o más de los siguientes síntomas:

1. *Poco apetito o sobrealimentación.*
2. *Insomnio o hipersomnía.*
3. *Poca energía o fatiga.*
4. *Baja autoestima.*
5. *Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.*
6. *Sentimientos de desesperanza.*

Para hacer el diagnóstico de este trastorno, los síntomas no deben estar ausentes por más de dos meses seguidos. Es necesario descartar como causa la existencia de otros padecimientos mentales (por ejemplo, esquizofrenia), el consumo de sustancias o medicamentos, y la existencia de una condición médica. Es necesario evaluar también la existencia de antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos. Estos síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes.

En la distimia, el tiempo de evolución de los síntomas es más prolongado que en la depresión (2 años como mínimo) y el principal síntoma es el ánimo triste, pero sin pérdida del interés o la capacidad para el placer. Tampoco hay ideas suicidas o ideas recurrentes de muerte.

### Trastornos depresivos no especificados

Anteriormente conocidos como depresión menor o trastornos subumbrales, incluye aquellos casos de personas que presentan síntomas depresivos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos mencionados arriba.

**Para realizar una evaluación diagnóstica integral es necesario, en primer lugar, evaluar la presencia de enfermedades orgánicas concomitantes que puedan ocasionar una depresión secundaria, mediante estudios complementarios.** Se recomienda la realización de un laboratorio mínimo que incluya: TSH para descartar trastornos tiroideos, hemograma especialmente en personas que consultan por astenia u otros síntomas físicos específicos.



Además, es necesario descartar el diagnóstico de trastorno bipolar. Puede sospecharse una depresión bipolar si la persona o un familiar refiere que ha presentado previamente un cuadro de por lo menos una semana de duración con el ánimo extremadamente elevado, expansivo o irritable, "aceleramiento", inquietud, grandiosidad o sobrevaloración de sí mismo, menor necesidad de sueño o pérdida de las inhibiciones sociales habituales. Si se sospecha un cuadro bipolar, el manejo de la depresión debe ser realizada por un especialista, por lo que el equipo deberá referir a la persona al hospital general de referencia.

Entre las causas secundarias a evaluar, se incluyen:

1. **Cardiovasculares:** enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, posquirúrgico de by pass aortocoronario.
2. **Endócrinas:** hiper o hipotiroidismo, diabetes, hipercalcemia.
3. **Infecciosas:** hepatitis, mononucleosis, tuberculosis.
4. **Nutricionales:** déficit de B12 o tiamina.
5. **Neoplásicas:** linfoma, cáncer de páncreas, tumores cerebrales.
6. **Neurológicas:** enfermedad de Parkinson.
7. **Drogas:** cocaína, corticoides, anticonceptivos.
8. **En personas con capacidad de gestar:** depresión posparto, climaterio.
9. *Dolor.*

**Además, es importante evaluar el riesgo suicida que, si se considera como cierto e inminente, requiere referencia inmediata al Segundo Nivel de Atención, ya que se trata de un criterio de internación con motivos de salud mental.** En caso de que el riesgo no sea tal como para indicar una internación involuntaria, debe reevaluarse a la persona con una frecuencia diaria o, como mínimo, de una vez por semana. Particularmente en esos casos, para evitar riesgo de sobredosis en casos donde hubo riesgo de autolesión, es importante asegurarse que la persona solo tenga acceso a una limitada provisión de fármacos antidepresivos y que preferentemente se cuente con un referente o cuidador para que la ayude a administrar la misma.

En caso de riesgo, la/el médica/o deberá indicar antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Se desaconseja la prescripción de antidepresivos tricíclicos, ya que estos últimos tienen complicaciones más graves en caso de sobredosis. La necesidad de realizar controles frecuentes y brindar pautas de alarma a familiares y referentes socio afectivos está justificada además por el eventual efecto activante que pueden generar los antidepresivos, con la posibilidad de actuar ideas o fantasías autolesivas.

**Se debe determinar si la depresión tiene características psicóticas.** Para ello, evaluar la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente o conducta desorganizada. Si se sospecha una depresión con características psicóticas, el manejo de la misma debe ser realizado por un especialista por lo que debe realizarse una derivación asistida al Segundo Nivel de Atención, al hospital general de referencia.

**También el equipo de salud debe evaluar la existencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.** Para esto se debe preguntar directamente a la persona sobre sus hábitos de consumo de sustancias. Si existe abuso o dependencia del alcohol u otras drogas se debe realizar manejo conjunto para la depresión y para el trastorno por consumo.



El diagnóstico de depresión es difícil de aceptar para muchas personas. Por lo general, tienden a negar que estén deprimidos debido al mito de que la depresión es una debilidad del carácter o del ánimo, al temor de que no sea tratable o de que vayan a depender de una medicación para siempre si comienzan con un tratamiento con psicofármacos. Por este motivo, resulta esencial que el equipo de salud del Primer Nivel de Atención ofrezca espacios para contener a la persona, familiares y/o referentes socio-afectivos e informar que la depresión es una problemática tratable, que puede existir una predisposición genética a padecerla (por lo cual es importante evaluar los antecedentes familiares), que las drogas antidepresivas no producen dependencia y que la mayoría de las personas responden muy bien al tratamiento.

### Sobre el Abordaje Integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención

Dada la prevalencia de estas situaciones de salud y el hecho de que en general se presentan por períodos prolongados en la vida de las personas, con recaídas frecuentes, afectando los vínculos, el estudio, el trabajo y hasta los cuidados de la salud general, se requiere que todo el equipo de salud pueda involucrarse en el acompañamiento de los procesos de tratamiento y recuperación de la salud de estas personas.

Es importante ayudar a que las personas que transitan estas problemáticas y su red socio afectiva puedan comprender que:

- *La depresión es un problema muy frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona.*
- *Las personas que están deprimidas tienden a tener opiniones negativas e irreales sobre sí mismas que no son necesariamente modificables con frases agradables o refutaciones optimistas.*
- *El abordaje con psicofármacos es efectivo, pero debe tenerse en cuenta que transcurren por lo menos 3 semanas antes de que el tratamiento farmacológico pueda reducir los síntomas.*
- *Lograr la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico es un paso fundamental para la remisión de los síntomas.*

En el marco del tratamiento integral, es necesario motivar a las personas con depresión para que en la medida de lo posible:

- *Continúen con las actividades que solían resultarles interesantes o placenteras, aunque sientan que en este momento no lo son.*
- *Mantengan un ciclo de sueño regular, como acostarse a la misma hora todas las noches y evitar dormir en exceso.*
- *Realicen actividad física en forma regular.*
- *Participen en las actividades sociales habituales.*
- *Continúen atendiendo los problemas de salud física, especialmente en las personas mayores y personas con enfermedades crónicas.*

**La psicoterapia está indicada como primera línea de tratamiento para personas con síntomas depresivos que no cumplen criterio para el diagnóstico de depresión mayor**, siendo las terapias cognitivo-conductuales las opciones más estudiadas para estos casos.

**Ante una persona que reúne los criterios para depresión mayor o distimia, la primera línea de tratamiento es un tratamiento combinado farmacológico y de psicoterapia.** Sin embargo, puede considerarse realizar



únicamente tratamiento farmacológico o psicoterapia, según las preferencias de la persona, los tratamientos previos, comorbilidades y costos.

Con respecto al tratamiento farmacológico, la primera línea de tratamiento para la depresión mayor son los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Los más usados son: Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina, Fluoxetina. Otras alternativas pueden ser los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ej.: venlafaxina y mirtazapina) y los antidepresivos tricíclicos (ej.: Imipramina y amitriptilina). Si bien todos los antidepresivos presentan perfiles de eficacia similares, los antidepresivos tricíclicos quedan para una segunda línea de tratamiento por su perfil de efectos adversos. Es decir, tienen el mismo efecto antidepresivo, pero más efectos adversos. La principal ventaja de los inhibidores de la recaptación de serotonina sobre los antidepresivos tricíclicos es la menor incidencia de efectos anticolinérgicos y la ausencia de cardiotoxicidad severa.

La elección de la droga para iniciar tratamiento dependerá de los antecedentes de tratamientos previos y del perfil de efectos adversos. Según la evidencia actual, la sertralina es la más utilizada por su relación costo-efectividad. El escitalopram también puede considerarse como droga de elección dada su efectividad y perfil de seguridad.

**El tratamiento con antidepresivos debe extenderse de 6 a 9 meses luego de que la persona ya no tenga síntomas o tenga síntomas mínimos y haya podido realizar sus tareas habituales durante ese período.**

Para retirarlos, se debe reducir gradualmente la dosis por lo menos durante un período de 4 semanas hasta suspender. Al retirar los antidepresivos pueden presentarse síntomas de discontinuación, estos son generalmente leves y transitorios (mareos, hormigueo, ansiedad, fatiga, dolor de cabeza, náuseas). Por este motivo, el seguimiento de las personas con trastornos depresivos resulta fundamental, en tanto permite anticiparse a la posibilidad de recaídas. Para ello el equipo de salud debe trabajar de manera integrada, evaluando en cada caso cuál es la mejor estrategia para realizar el seguimiento, a través de citas de la persona al efector de salud, visitas domiciliarias, en el marco de un seguimiento de salud integral.

## Trastorno bipolar

El trastorno bipolar, también conocido como *"enfermedad maníaco depresiva"*, es un padecimiento de larga evolución que se caracteriza por episodios recurrentes de alteración significativa en el estado de ánimo y la actividad de la persona. Según la OMS, el trastorno bipolar se caracteriza por *"la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están profundamente alterados, de manera que, en ocasiones, la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y, en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión)"*.

Tiene una prevalencia de 1.4% en América Latina y el Caribe, siendo similar en ambos sexos. Puede presentarse a cualquier edad, pero lo más frecuente es que su inicio ocurra antes de los 30 años. En su génesis intervienen factores genéticos. Alrededor del 15% de las personas que presenta depresión podrían estar atravesando la fase depresiva de una enfermedad bipolar.

- ▶ En general, los episodios depresivos de los trastornos bipolares se inician a edades más tempranas que las depresiones mayores.
- ▶ Las personas con trastorno bipolar presentan mayor número de recaídas, antecedentes familiares de esta enfermedad y un mayor riesgo de suicidio

La evolución del trastorno bipolar a lo largo del tiempo es variable. En general, los ciclos suelen hacerse más cortos con cada recurrencia y son cada vez más frecuentes a medida que transcurre el tiempo. La recuperación luego de los episodios puede ser total o parcial, observándose en algunos casos cierto grado de deterioro cognitivo.

El impacto de esta enfermedad en la vida de las personas afectadas y su entorno socio afectivo a menudo es importante, con frecuentes pérdidas de trabajo y relaciones afectivas. A veces el curso de la enfermedad es grave con mala respuesta al tratamiento y déficit cognitivo persistente. El riesgo de suicidio también está presente.

Esta enfermedad se presenta en ciclos a través del tiempo, los mismos pueden ser episodios de manía, hipomanía o de depresión, según los diferentes tipos de enfermedad bipolar.

**Episodios maníacos:** la persona afectada muestra un cambio notable en su conducta, con un aumento de la energía, creatividad y euforia en forma exagerada y anormal que dura como mínimo una semana. También pueden presentarse irritables y enojarse con facilidad. Los casos más graves pueden presentar síntomas psicóticos y/o requerir internación. No hay conciencia de enfermedad durante el episodio agudo.

**Episodios hipomaníacos:** similares a los episodios maníacos, pero menos intensos. Los síntomas duran como mínimo 4 días consecutivos y no son lo suficientemente graves como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar internación. No hay presencia de síntomas psicóticos. Las personas afectadas pueden presentarse optimistas y con la sensación que pueden vencer todas las dificultades. No sienten agotamiento, con pocas horas de sueño, refieren sentirse bien. Se muestran creativos, simpáticos y seductores. Es necesario advertir que estos episodios, sin tratamiento, evolucionarán a la depresión en la mayoría de los casos, con un alto riesgo de suicidio.

**Episodios depresivos:** cumplen los mismos criterios de trastorno depresivo mayor de la depresión.

**Las personas con enfermedad bipolar suelen ser buscadores de emociones y están acostumbradas a manejar altos niveles de estrés.** Muchas veces refieren vidas “*apasionantes*” o “*tormentosas*” antes de que se desarrolle el cuadro completo y en otros casos refieren una historia de depresión de larga data. Otra de las características de las personas que padecen este trastorno es la falta de autocontrol que se puede expresar como comportamientos inapropiados o imprudentes, consumo de drogas psicoactivas en exceso, atracones de comida, gastos exagerados o relaciones sexuales promiscuas. Los trastornos de sueño son muy frecuentes entre estos pacientes, así como también lo es el consumo abusivo de alcohol, debido a la falta de autocontrol que presentan.

La mayoría de las personas afectadas tienen un episodio depresivo como manifestación inicial del trastorno bipolar. Este episodio puede tener algunas características atípicas, como retardo psicomotor e hipersomnias y durar pocas semanas o meses. Algunos pacientes debutan con un episodio maníaco psicótico grave, que puede confundirse con un cuadro de esquizofrenia

Se calcula que sólo un 10% de las personas con diagnóstico de trastorno bipolar tendrá únicamente episodios maníacos. En algunos casos, el episodio maníaco completo aparece al iniciar un tratamiento antidepresivo, el paciente mejora rápidamente con el tratamiento instaurado y presenta verbosidad, expansividad (pérdida del autocontrol) o conductas no habituales en él. En estos casos en los que inicialmente se había diagnosticado depresión, se debe reconsiderar el diagnóstico a enfermedad bipolar

El equipo de salud del Primer Nivel de Atención debe sospechar un trastorno bipolar ante una persona con la siguiente presentación clínica:



- *Síntomas depresivos y antecedentes de síntomas maníacos o hipomaníacos.*
- *Una vida con características muy inestables.*
- *Antecedentes familiares de enfermedad bipolar.*
- *Persona deprimida que presenta características que no concuerdan con el cuadro o que recaen con frecuencia a pesar del tratamiento instaurado.*
- *Persona en la que se evidencian síntomas de manía o hipomanía ante el inicio de un tratamiento con antidepresivos, especialmente tricíclicos, ya que estos fármacos incrementan el riesgo de que una persona con enfermedad bipolar no diagnosticada y tratada con antidepresivos vire a un cuadro maníaco (switch maníaco). Por este motivo es muy importante no medicar a las personas con cuadros depresivos en los que se sospecha enfermedad bipolar.*

**Implementar una batería de preguntas puede ser poco fiable ya que los pacientes no suelen registrar los episodios de hipomanía o manía.** Dichos momentos no son recordados como algo fuera de lo común ya que no hay un malestar registrable por parte de los individuos, sino que más bien quedan asociados a épocas de bienestar. En estos casos, resulta esencial contar con la presencia de un familiar o referente socio afectivo de la persona para escuchar su punto de vista. Ante la sospecha diagnóstica, el equipo deberá referir a la persona a un especialista en salud mental, al hospital general de referencia.

Finalmente, será necesario realizar un estudio de laboratorio para estudiar la función tiroidea dado que puede plantearse un diagnóstico diferencial con los trastornos tiroideos.

Con respecto al abordaje a realizar, y considerando las características que suelen tener estas situaciones de salud, **los objetivos de los tratamientos habitualmente se orientan a espaciar y atenuar los ciclos agudos, evitar el deterioro cognitivo y disminuir el riesgo de suicidio.**

La implementación de un tratamiento adecuado y completo puede exceder al médico/a y a todo el equipo de salud del Primer Nivel de Atención, debiendo trabajar articuladamente con la red de salud para referir en una derivación asistida de la persona al Segundo Nivel de Atención, al hospital general de referencia. Una vez instalado el tratamiento y definido el mejor esquema terapéutico, el equipo de salud podrá realizar un seguimiento cercano a la persona para evitar recaídas y garantizar la adherencia al tratamiento brindando los apoyos necesarios.

**El tratamiento recomendado tiene varios componentes, siendo la medicación estabilizadora del ánimo uno de los pilares fundamentales.** La psicoterapia, la asesoría y consejería a la persona y su red socio afectiva, y ciertos cambios en el estilo de vida también son fundamentales.

**Con respecto al abordaje con psicofármacos, los medicamentos de primera elección suelen ser el litio y el valproato;** mientras que la carbamazepina y la lamotrigina son drogas de segunda elección. En tercer lugar, se encuentran los antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina y clozapina. Otros autores recomiendan como de tercera línea a la quetiapina en lugar de la clozapina. Una aclaración importante es que para los pacientes que utilizan litio, se debe monitorizar la litemia en el segundo nivel de atención.

Para tener como referencia, el esquema terapéutico comienza con alguna de las drogas de primera elección, pudiéndose agregar un segundo o tercer fármaco ante la falta de respuesta. **Esta medicación estabilizadora tiene efectos adversos que es necesario conocer para acompañar a estas personas en el momento que se presentan, o a convivir con los mismos en el caso que se evalúe que son inevitables en virtud de los beneficios y las alternativas terapéuticas.** Es frecuente el temblor que provocan el litio y el valproato, que es leve. El litio también puede presentar aumento en la diuresis, y cuadros de diabetes insípida. También se observan problemas dermatológicos y aumento de peso asociados al uso de casi todos ellos.

Las benzodiacepinas pueden ser administradas como medicación complementaria. Los antidepresivos pueden usarse, pero únicamente como coadyuvantes de la medicación estabilizadora y por un período de tiempo limitado.

**La adherencia y el mantenimiento del tratamiento a lo largo del tiempo es uno de los desafíos y puntos más difíciles.** El índice de recaídas es muy alto, y a menudo, las personas en estado maníaco no son capaces de ver la necesidad de tratamiento. Por lo tanto, la falta de adherencia al mismo es frecuente, ya que al sentirse mejor o eufórico abandonan el tratamiento.

La psicoterapia sin medicación no ha demostrado ser efectiva, pero debe considerarse como un recurso fundamental para ayudar a las personas afectadas a manejar múltiples situaciones y para aprender a convivir con la enfermedad, ya que es necesario que implementen cambios en su estilo de vida para que el tratamiento sea más eficaz, como por ejemplo, no consumir alcohol, mantener patrones de sueño estables, etc.

El rol del equipo del Primer Nivel de Atención en estos casos es colaborar para asegurar la adherencia al tratamiento, monitorear la presencia de efectos adversos a las medicaciones manteniendo una comunicación con la/el psiquiatra tratante cuando corresponda

Se debe reforzar con la persona, sus familiares, referentes o cuidadores, la importancia de tomar la medicación diariamente, respetar los horarios y las dosis indicadas. Teniendo en cuenta que los padecimientos de salud mental presentan una baja adherencia al tratamiento, monitorear la misma debe ser uno de los pilares del abordaje.

Es importante también reforzar el cuidado de los vínculos familiares y otros significativos como cuidadores, los que pueden ser un sostén en momentos de dificultad para la persona. **Se deben tener en cuenta las necesidades físicas, sociales y de salud mental del cuidador y del entorno afectivo en general.** Los grupos de ayuda para familiares y allegados pueden ser útiles al compartir la experiencia de cómo resolvieron situaciones similares. Una buena relación entre el equipo de atención primaria y las personas que padecen estos trastornos puede mejorar los resultados a largo plazo, especialmente porque incrementa la adherencia al tratamiento.



## Trastornos de ansiedad<sup>24</sup>

La ansiedad es una experiencia humana universal, frecuente y normalmente presente en la vida de las personas. Sin embargo, es importante diferenciar estas situaciones habituales de los trastornos de ansiedad. En éstos últimos, la ansiedad se presenta con tal grado de severidad que interfiere en la vida cotidiana de la persona y provoca, en mayor o menor medida, deterioro de la calidad de vida y funcionamiento, convirtiéndose en un problema de salud.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de cuadros clínicos caracterizados por diferentes manifestaciones emocionales, físicas o conductuales, que tienen en común la sensación de miedo ante algo desconocido o que no se sabe definir, o a situaciones u objetos que la mayoría de las personas del mismo grupo de referencia cultural no tiene.

Esta sensación se describe indistintamente como ansiedad o angustia y se considera problemática si su intensidad o duración es desproporcionada a la amenaza que la provoca, ocurre en ausencia de una amenaza y/o produce un deterioro del funcionamiento de la persona. Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la población general, se estima que afectan al 17% de la población en algún momento de sus vidas. Sin embargo, menos de un tercio de las personas afectadas busca atención de salud por este motivo.

Los trastornos de ansiedad se pueden presentar clínicamente con alguno de los siguientes síntomas:

- **Vegetativos:** sudoración, sequedad de boca, mareo, vértigo.
- **Neuromusculares:** tensión muscular, cefalea, dolores musculares, temblor, nudo en la garganta, parestesias.
- **Cardiovasculares:** palpitaciones, taquicardia, dolor precordial.
- **Respiratorios:** disnea, hiperventilación.
- **Digestivos:** falta de apetito, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, aerofagia, meteorismo.
- **Genitourinarios:** micción frecuente, problemas sexuales.
- **Nerviosismo:** reacciones de sobresalto, impaciencia, temblor.
- Preocupación, sensación de agobio.
- Inquietud o inhibición psicomotora.
- Irritabilidad.
- Dificultad de concentración y fallas de memoria para hechos recientes.
- Evitación de situaciones temidas.
- Miedo a perder el control o sensación de muerte inminente.
- Alteraciones del sueño, en especial insomnio de conciliación y/o pesadillas.
- Temblor de estar fuera de casa y/o a la soledad.

La ansiedad patológica puede manifestarse en alguna de estas formas:

1. Como crisis o ataque, en forma abrupta y episódica: Crisis y Trastorno de Pánico (TP).
2. En forma persistente, fluctuante o continua: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).
3. Asociada a sucesos vitales estresantes reiterados: Trastornos de Adaptación y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este último puede surgir cuando un suceso extraordinario potencialmente

<sup>24</sup> El presente capítulo está basado en el Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud - TRAPS- Módulo Salud Mental, de la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2017



*traumático* altera la vida de un individuo (violación, asalto, accidente grave, secuestro, u otra situación traumática).

Los principales cuadros de trastornos de ansiedad son los siguientes:

- *Trastorno de pánico o por crisis de angustia.*
- *Trastorno por ansiedad generalizada (TAG).*
- *Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).*
- *Fobias.*
- *Trastorno por estrés postraumático (TEPT)*

## Trastorno de pánico o por crisis de angustia

Según el DSM-IV (APA,1994), una crisis o ataque de pánico consiste en la *"aparición temporal y aislada de miedo o de malestar intensos acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión dentro de los primeros diez minutos"*. Se aclara que los síntomas de las crisis o ataques de pánico pueden ordenarse, según la frecuencia estadística de aparición, de mayor a menor, de acuerdo con el siguiente esquema:

- **Síntomas fisiológicos o somáticos:** *palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de ahogo, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o sensación de desmayo, parestesias (hormigueos o entumecimientos), escalofríos o sofocaciones.*
- **Síntomas cognitivos:** *desrealización o despersonalización, miedo a volverse loco o descontrolarse, miedo a morir.*

De los síntomas mencionados, tal como se dijo, debe haber cuatro o más para que la crisis sea completa. Como se puede apreciar, en el cuadro de pánico prevalecen los síntomas fisiológicos, somáticos o neurovegetativos sobre los cognitivos. Entre estos últimos, la sensación de miedo o terror intenso domina el cuadro. Este predominio de los síntomas fisiológicos o somáticos lleva al paciente a suponer que sus síntomas clínicos son de índole física, por lo que es habitual que concurra a un servicio de emergencia, visite a un cardiólogo o a un clínico, a partir de lo cual puede iniciarse un largo recorrido por diferentes servicios y/o especialistas, hasta dar con el diagnóstico adecuado.

**La agorafobia es una patología asociada al trastorno de pánico, con altísima frecuencia -70 a 80 % de los casos-, y que se desarrolla como consecuencia de éste en la mayoría de los casos. Se presenta con miedo a sentirse solo, desamparado, sin escape e imposibilitado de recibir asistencia en caso de tener una crisis de pánico. Se la define también como el miedo a encontrarse en lugares en los que escapar resulte dificultoso.**

Para considerar el diagnóstico de trastorno de pánico, tienen que estar presentes los ataques de pánico acompañados de una ansiedad anticipatoria.

La ansiedad anticipatoria es definida como una inquietud o preocupación continua ante la posibilidad de tener una nueva crisis o sus consecuencias -por ejemplo, pérdida de control, tener un ataque de corazón, *"volverse loco"*- y/o un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento -conductas evitativas- relacionado con los ataques -por ejemplo, comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares, o de alejarse de lugares considerados no seguros.



**Las primeras crisis de pánico del Trastorno de Pánico son espontáneas** - es decir, no responden a una situación aterrizante que las desencadene- y ocurren entre los 25 y 30 años en promedio, siendo 3 veces más frecuentes en la mujer que en el varón y suelen acompañarse de agorafobia más o menos severa.

Podemos decir que la tríada diagnóstica del trastorno de pánico es:

1. *Crisis aguda de ataque de pánico.*
2. *Ansiedad anticipatoria.*
3. *Conductas evitativas.*

## Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Es el subtipo de ansiedad más común, con una prevalencia en la población de 2.5 a 6.4%.

Es una enfermedad de curso crónico que comienza con síntomas de ansiedad en forma gradual y cursa con remisiones y recaídas

Las personas que padecen este trastorno presentan un estado de preocupación constante, difícil de controlar, que se acompaña por los síntomas generales de ansiedad. Es común que se presenten en este contexto ataques de pánico y síntomas de depresión.

El trastorno se define por la presencia de ansiedad o preocupación de difícil control por parte de la persona **durante un tiempo de por lo menos 6 meses** -la mayor parte de los días-, asociado a tres o más de los siguientes síntomas:

- *Inquietud o sensación de estar atrapado/a o con los "nervios de punta".*
- *Fácilmente fatigado.*
- *Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.*
- *Irritabilidad.*
- *Tensión muscular.*
- *Problemas de sueño: dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio.*

**La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.** No debe haber otra causa que lo justifique, tales como consumo de sustancias psicoactivas o la presencia de otras enfermedades.

## Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Este trastorno se caracteriza por la **presencia de ideas repetitivas -obsesiones- que provocan ansiedad y/o conductas repetitivas -compulsiones- que si no se ejecutan provocan una fuerte ansiedad.** En los casos severos puede producir discapacidad, por el número de horas diarias dedicadas a estas compulsiones

Las obsesiones se definen por:

- *Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas y que en la mayoría de las personas causan ansiedad o malestar importante.*

- *La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, llevando a cabo una conducta compulsiva).*

Las compulsiones se definen como:

- **Comportamientos** - por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas - o **actos mentales** - por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio - repetitivos que la persona se ve obligada a realizar como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
- **El objetivo** de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida. Sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con aquello destinado a neutralizar o prevenir.

**Estos actos resultan claramente excesivos y producen malestar personal e interferencia en la vida cotidiana**, lo que los diferencia de las conductas obsesivo-compulsivas aisladas, frecuentes en la vida diaria.

**Las obsesiones, por su parte, no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida cotidiana, sino que son ideas que generan mucho malestar** y que la persona intenta suprimir o ignorar mediante otros pensamientos o actos, pero que no logra controlar.

## Fobias

Se define como fobia a un **miedo irracional o excesivo, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación**. Las fobias se presentan porque la exposición al estímulo fóbico provoca una respuesta inmediata de ansiedad severa, que en algunos casos puede llegar al ataque de pánico. Las personas reconocen que este miedo es excesivo o irracional pero no pueden controlarlo, por lo que las situaciones u objetos fóbicos se tratan de evitar o de lo contrario se soportan a costa de una inmensa ansiedad o malestar. Todo esto interfiere con la rutina normal de la persona, o con sus relaciones laborales o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo. Dentro de la categoría de las fobias, se distinguen las simples, las específicas y las sociales:

- *Las fobias simples o específicas son aquellas en las que el miedo irracional es desencadenado por objetos o situaciones específicas tales como: pánico a volar, a las alturas, a los animales, a la oscuridad, a la sangre o inyecciones, etc. Son frecuentes en todas las edades.*
- *Las fobias sociales también son muy frecuentes en la población general. Se definen por la presencia de un temor intenso y la evitación de situaciones en las que otras personas podrían observarlas con mayor atención y/o criticarlas, como por ejemplo hablar en público. Tienen una alta comorbilidad con las fobias simples (59%), los trastornos por crisis de angustia o pánico (49%), el abuso de alcohol (19%) y la depresión mayor (17%).*

## Trastorno por estrés postraumático (TEP)

Este trastorno ocurre en personas que enfrentaron una situación amenazante o traumática que provocó o pudo haber provocado un daño psíquico o físico más o menos grave (accidente, abuso sexual, tortura, desastre natural, acto terrorista, guerra, etc.).

La persona presenta recuerdos ansiosos de la experiencia con la sensación de vivirla nuevamente -reexperimentación del evento- y sueños recurrentes sobre ella. También se caracteriza por la evitación de circunstancias parecidas a dicha experiencia traumática y por mantener un estado de alerta exagerada. La persona puede tener "**flashes**" de la situación traumática, donde la sensación es la de la vivencia real, como si

estuviera viviéndola de nuevo, con las mismas sensaciones y miedos que en ese momento. **La re-experiencia persistente del cuadro traumático es el síntoma principal de este trastorno. La misma puede presentarse luego del evento traumático o incluso varios meses o años después de la exposición al trauma.**

## Evaluación Diagnóstica de los trastornos de ansiedad

Ante una persona que presenta alguno de los síntomas físicos o emocionales de los trastornos de ansiedad es necesario que el equipo de salud pueda:

**1. Descartar que los síntomas de ansiedad se deban a una enfermedad física o a medicamentos utilizados para su tratamiento.** La ansiedad es un síntoma que puede estar presente en diferentes patologías que es conveniente descartar en una persona que se presenta con síntomas ansiosos, aunque esto puede no resultar una tarea sencilla.

Las enfermedades que producen ansiedad como síntoma secundario pueden ser: trastornos cardiovasculares (arritmias, coronariopatía), epilepsia, feocromocitoma, tirotoxicosis, anemia, y déficit de tiamina. La hipoglucemia, la hipoxia debida a enfermedades respiratorias y el vértigo de causa vestibular también pueden producir síntomas ansiógenos. En caso de existir una enfermedad física, los síntomas ansiosos deberán re-evaluarse luego del tratamiento de la enfermedad de base.

Los medicamentos que pueden ocasionar síntomas ansiosos son los broncodilatadores, insulina, hipoglucemiantes orales, corticoides, levotiroxina, anticolinérgicos, medicamentos simpaticomiméticos, etc. Considerar también algunos preparados supuestamente homeopáticos que en realidad contienen sustancias no homeopáticas estimulantes como hormona tiroidea o anfetaminas.

**2. Descartar que los síntomas no sean producidos por el consumo de sustancias psicoactivas o la privación de ellas.** El abuso de sustancias como alcohol, café, cocaína o sustancias estimulantes puede provocar un cuadro ansiógeno, así como también el síndrome de abstinencia a benzodiazepinas o a otras sustancias psicoactivas.

**3. Descartar que los síntomas de ansiedad no sean producidos por una depresión o psicosis.** Los cuadros depresivos pueden presentar algunos síntomas similares a los que se presentan en los trastornos de ansiedad, tales como disminución de la concentración y alteraciones del sueño. Además, depresión y ansiedad son dos trastornos que frecuentemente se presentan de manera concomitante. En este caso, primero debe tratarse la depresión, que en la mayoría de los casos mejora el trastorno ansioso. Los episodios de psicosis en sus primeras etapas de evolución también pueden ser confundidos con un trastorno de ansiedad, especialmente antes de que las ideas delirantes y las alucinaciones sean claramente evidentes.

**4. Determinar el grado de deterioro del funcionamiento de la persona en su actividad principal habitual -trabajo, hogar o estudio-.** Evaluar el grado de afectación, que puede manifestarse desde comportamientos de no mostrarse afectada hasta extremos de no poder realizar ninguna actividad que realizaba previamente.

En el relato de las personas surgen las herramientas más importantes para realizar el diagnóstico de trastornos de ansiedad.

Es importante determinar no solo la presencia de los síntomas y descartar situaciones concomitantes, sino también determinar la fecha de comienzo de los síntomas y su relación con lo que estaba ocurriendo en la vida de la persona en ese momento (posibles desencadenantes).



## Sobre el abordaje integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención

Toda persona que presente síntomas de ansiedad de tal magnitud que interfieran en su calidad de vida debería recibir algún tipo de atención y cuidado de salud. Es importante identificar qué tipo de trastorno de ansiedad presenta para determinar el mejor abordaje terapéutico a realizar desde el equipo de salud.

El abordaje de los trastornos de ansiedad comprende las recomendaciones generales de:

- Realizar actividad física en forma regular.
- No ingerir estimulantes como café, mate, bebidas cola, ni otros estimulantes.
- Considerar el tratamiento psicoterapéutico.

Con respecto al tratamiento farmacológico, se recomienda ofrecerlo a aquellas personas que presenten síntomas de ansiedad que interfieran en su calidad de vida o aquellas en las que se evalúa la necesidad de prevenir el desarrollo de complicaciones. Antes de indicar tratamiento farmacológico se debe considerar el riesgo de abuso de sustancias.

El tratamiento farmacológico de primera elección en la mayoría de los cuadros de ansiedad son los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (IRSS) y no los ansiolíticos - benzodiacepinas-. Si bien las benzodiacepinas en estudios comparativos contra antidepresivos han demostrado mayor alivio a corto plazo -dos semanas-, los antidepresivos mostraron ser mejores a los dos meses, ya que provocan una mayor y más estable remisión sintomática, menor tasa de recaídas, y más fáciles de suspender que las benzodiacepinas. Por este motivo las benzodiacepinas se reservan eventualmente para el manejo inicial de estos trastornos o para los cuadros que se sospeche que son episódicos. No se recomiendan por más de uno o dos meses por su potencial de provocar abuso, tolerancia y dependencia.

Ante la consulta frecuente de algunas personas de recibir la indicación de un psicofármaco (benzodiacepina) para estar más tranquilas en tanto presentan muchos síntomas de ansiedad en su vida cotidiana, pero que no poseen un diagnóstico claro de trastorno de ansiedad, será preciso explicar las consecuencias adversas a largo plazo del uso de estos fármacos.

En estos casos, el rol del equipo de salud consiste en alojar a la persona de modo de generar la posibilidad de reflexionar conjuntamente para identificar aquellos estresores que generan un aumento del nivel de ansiedad. Para esto, puede resultar de utilidad:

- Identificar cuáles son los problemas por su nivel de complejidad.
- Asignar prioridades.
- Reconocer aquello que está más allá del control personal.
- Planificar y organizarse.
- Tener objetivos y agenda que puedan cumplirse.
- Tener "resto" para lo imprevisto.
- Mantenerse saludable respetando el descanso y alimentándose adecuadamente.
- Aprender a relajarse con alguna técnica, por ej. técnicas de respiración, meditación, rezo, etc.
- Evitar estimulantes como el alcohol, tabaco y café.
- Hacer ejercicio de manera regular y constante.
- Buscar el equilibrio entre la vida personal y laboral.

De considerar el uso de benzodiazepinas, realizar un tratamiento intermitente para evitar la tolerancia y la dependencia.

En los casos de trastornos obsesivo-compulsivos (TOC), trastornos por estrés postraumático (TEPT) y fobias severas, se sugiere realizar interconsulta con especialista o derivación asistida al hospital general de referencia para iniciar tratamiento, dada la complejidad que implican. El equipo del Primer Nivel de Atención podrá realizar seguimiento y continuidad de cuidados de acuerdo con las particularidades de cada caso.

### Tratamiento del episodio agudo de ansiedad o pánico

El trato amigable y contenedor por parte del equipo de salud, junto con medidas de relajación ayudan a empezar a disminuir la angustia y la hiperventilación que acompañan a este trastorno y que suele ocasionar taquicardia, vértigo o mareos.

Se debe administrar una benzodiazepina de acción corta, preferentemente por vía sublingual para acelerar el pico plasmático, como el Lorazepam sublingual 1 o 2 mg., o Alprazolam vía oral 0.5 a 2 mg.

**Según cada usuario, se deberá individualizar el tratamiento de mantenimiento que necesitará luego de la crisis aguda.** Se debe considerar continuar con una benzodiazepina como el Clonazepam 0.5 mg/d durante un corto plazo e iniciar IRSS, comenzar una psicoterapia o una combinación de estos tratamientos.

El abordaje terapéutico en estos casos tiene como objetivo:

- *Disminuir la frecuencia de los ataques de pánico.*
- *Disminuir la ansiedad anticipatoria.*
- *Disminuir las conductas evitativas.*

### Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Puede realizarse mediante psicoterapia y/o con tratamiento farmacológico, según la severidad de cada caso en particular. Las drogas de primera elección para el tratamiento de este trastorno son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Estos incluyen la Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram y Escitalopram. Todos presentan un perfil de eficacia similar. Estas drogas son la primera elección aun cuando las personas no presenten signos concomitantes de depresión.

### Tratamiento del trastorno por pánico

Los antidepresivos constituyen la primera línea de tratamiento, solos o en combinación con psicoterapia, preferentemente terapia cognitivo-conductual. De elección, son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Al igual que para los trastornos de ansiedad generalizada, se recomienda comenzar con dosis bajas e ir aumentando la dosis gradualmente hasta llegar a las dosis de mantenimiento

**El tratamiento farmacológico debe realizarse hasta por lo menos un año luego de que los síntomas hayan sido controlados.**

Como en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el tratamiento con benzodiazepinas está indicado durante el periodo de latencia de acción de los antidepresivos para aquellas personas que presenten síntomas severos y deterioro funcional importante debido a éstos, ya que su rápido inicio de acción produce un rápido alivio.



## Trastornos psicóticos<sup>25</sup>

### Introducción

Dentro del concepto “*psicosis*” se engloban una serie de fenómenos clínicos que se caracterizan por generar una disrupción en la vida de la persona, su grupo familiar, vincular y el entorno social donde se encuentra inserta.

En un episodio psicótico no afectivo, es decir, aquel que no está enmarcado en un trastorno del estado del ánimo, la persona puede experimentar una alteración en su interpretación o percepción de la realidad, su conducta puede parecer desorganizada o distinta a la habitual, puede presentar ideas delirantes (creencias falsas sostenidas con una certeza más o menos inflexible o sospechas injustificadas), así como alucinaciones (escuchar voces, ver o sentir cosas que no existen). Puede asimismo mostrar un descuido de sus responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo, la escuela, actividades domésticas o sociales, así como el aseo y la presentación personal.

Por su parte, **la esquizofrenia se considera como un padecimiento psíquico multifactorial, de etiología incierta.** Desde el punto de vista epidemiológico, afecta entre el 1 al 3% de la población mundial según diversas fuentes, presentando un pico de aparición en los hombres entre los 15 a 25 años; y en las mujeres entre los 18 y 30 años. El inicio durante la infancia es poco frecuente, aunque pueden presentarse síntomas inespecíficos desde edades muy tempranas.

### Criterios diagnósticos de la esquizofrenia

Según la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, los criterios diagnósticos para la esquizofrenia comprenden:

1. Por lo menos uno de los siguientes síntomas:

- *Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.*
- *Ideas delirantes de ser controlado/a, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.*
- *Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca de la persona afectada u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.*
- *Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, que pueden referirse a la identidad religiosa o política, o a capacidades o poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro planeta).*

2. O al menos dos de los siguientes síntomas:

- *Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes.*
- *Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.*
- *Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.*

<sup>25</sup> El presente capítulo está basado en el Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud - TRAPS- Módulo Salud Mental, de la Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria, Ministerio de Salud de la Nación, 2017



- *Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.*

3. Ambos deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante por lo menos un mes, o algún tiempo durante la mayor parte de los días.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser:

- *Continua o episódica.*
- *Con déficit progresivo o estable.*
- *Puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta.*

No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas psicóticos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.

## Evaluación diagnóstica

Es especialmente importante lograr las condiciones adecuadas para la atención y generar un buen vínculo interpersonal para facilitar el entendimiento de la problemática. Los motivos de consulta pueden ser tan variados como ansiedad, depresión, o la idea de ser perseguido. Incluso puede no ser manifiesto, puede ser diferente del expresado o bien puede responder a la demanda del grupo conviviente o de referentes socio afectivos.

### ***Es importante considerar cómo se ha ido configurando el cuadro:***

tiempos (cuándo comenzó, si se trata del primer episodio, una recaída o el empeoramiento de síntomas preexistentes) estado de la persona (presentación, orientación témporo espacial, actitud ante la entrevista) y síntomas (positivos, negativos, cognitivos y/o afectivos).

Como síntomas cognitivos pueden observarse fallas en las funciones ejecutivas -comprender y utilizar información para realizar tareas-, disminución en la capacidad de atención, y secundario a esto, dificultad para utilizar información recientemente adquirida. Los síntomas afectivos se pueden presentar durante la evolución del cuadro como episodios de disforia - cambio abrupto en el estado de ánimo-, en especial al inicio del proceso, aunque pueden presentarse en cualquier momento.

## Etapas de la esquizofrenia

1. **Fase premórbida:** suele haber antecedentes de leve retraso del desarrollo psicomotor y aprendizaje en la infancia, dificultades de adaptación social durante el período escolar, conducta excéntrica y retraimiento.
2. **Período prodrómico:** caracterizado por síntomas psiquiátricos o somáticos. Las quejas somáticas más comunes son cefalea, dolor de espalda, dolores musculares, debilidad y alteraciones digestivas. Con frecuencia se despierta interés por temas abstractos como filosofía, religión u ocultismo, a lo que el paciente dedica la mayoría de su tiempo. También son frecuentes la aparición de obsesiones y compulsiones. La persona va perdiendo energía y motivación personal, aislándose progresivamente durante meses o años. Hay que tener en cuenta que este fenómeno es común en la población adolescente, con lo cual debe interpretarse su aparición en función de la historia biográfica de la persona. En este último punto, es vital la información aportada por familiares, amigos/as y referentes socio afectivos. En otros casos, el inicio es



súbito, probablemente en respuesta a un episodio de estrés, consumo de sustancias o inicio de la actividad sexual.

3. **Trema:** algunos autores suelen agrupar las fases antes descritas bajo el término “*trema*”. La persona experimenta sentimientos de extrañeza en la percepción de sí misma y del mundo que lo rodea, los que le provocan una sensación de inquietud interna y retracción de la vida social.
4. **Primer episodio o brote esquizofrénico:** presentación de sintomatología psicótica florida, generalmente de tipo positiva, con pródromos de duración variable. Los manuales diagnósticos como el DSM-V tienen en cuenta diagnósticos longitudinales más que transversales; de esta manera, se diagnostica como psicosis reactiva breve, si el episodio dura menos de un mes.

El curso de la enfermedad es con frecuencia continuo y progresivo, aunque en algunos casos se puede presentar como episodios de inicio y final claro, con períodos intercríticos de funcionamiento normal. Se puede evidenciar un menoscabo de la capacidad funcional desde este primer episodio, que se acrecienta con cada nuevo episodio, y tiende a estabilizarse hacia el final de la edad adulta, con predominio de los síntomas negativos.

### Sobre el Abordaje Integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención

Los componentes básicos para un abordaje de las personas en el Primer Nivel de Atención comprenden un enfoque interdisciplinario, con eje en un rol activo por parte de las personas afectadas y sus familiares y redes de apoyo. Algunas de las acciones que el equipo de salud puede llevar adelante son:

- **Asesoría y consejería para la persona con psicosis, su familia y red socio afectiva:** es fundamental que el equipo de salud pueda brindar a la persona con psicosis, sus familiares y referentes un espacio para poder hablar y comprender lo que está sucediendo, plantear preguntas y enmarcar con un profesional cómo continuar con sus vidas cotidianas. Para esto, es importante poder transmitir que las personas con psicosis pueden recuperarse en forma muy significativa y lograr una muy buena calidad de vida. El tratamiento puede atenuar en forma drástica el sufrimiento y los problemas. Es muy importante el cumplimiento de las medidas terapéuticas pautadas, en especial en lo que respecta a la medicación.
- **Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales:** es sumamente importante poder ubicar qué desató el malestar actual para poder encontrar herramientas que ayuden a la persona a lidiar con ello.
- **Restablecimiento de las redes sociales y mejora de la calidad de apoyo que brindan:** en caso de que la persona no tenga una familia con quien vivir, explorar las necesidades de vivienda asistida o residencias de apoyo.
- **Incentivar la actividad física regular y un ordenamiento de la vida diaria:** respetar horarios, seguir ciertas rutinas de actividades, etc. Motivar activamente a la persona a retomar o iniciar actividades sociales, educativas, ocupacionales y deportivas.
- **Tratamiento farmacológico** (ver más adelante en este capítulo).
- **Psicoterapia:** se estructura en torno a sesiones regulares de terapia individual o grupal.
- **Seguimiento periódico:** el seguimiento inicial debe ser muy frecuente, incluso a diario de ser necesario. El objetivo es asegurar la adherencia terapéutica, regular las dosis y el tipo más apropiado de medicación, controlar eventuales efectos adversos, reforzar el vínculo terapéutico y orientar en el momento de crisis.



Las manifestaciones que pueden dar indicios de estar frente a una recaída o re-agudización de los síntomas son:

1. *Falta de cumplimiento del tratamiento.*
2. *Insomnio, disminución del apetito.*
3. *Aumento de la ansiedad, irritabilidad, disminución de la atención.*
4. *Exacerbación de la tendencia al aislamiento, disminución de las actividades sociales recuperadas.*
5. *Aumento de la intensidad de alucinaciones acústico verbales y/o ideación delirante.*
6. *Inicio o recaída de consumo de sustancias psicoactivas.*
7. *Cambio de conducta percibido por familiares o personas allegadas.*

## Tratamiento farmacológico

El primer factor a tener en cuenta para el uso de psicofármacos en el Primer Nivel de Atención es el perjuicio al que suele estar asociado su uso, siendo necesario hacer un balance entre los beneficios que se buscan con los psicofármacos y los perjuicios que pueden generar. Por lo general, los tratamientos farmacológicos buscan evitar cualquier efecto adverso, pero en el caso de los psicofármacos, se hacen muchas veces inevitables e incluso lo que a veces se presenta como efecto adverso también puede tener un fin terapéutico como el caso de la sedación.

**Explicar a la persona que consulta los motivos de una intervención farmacológica facilita la adherencia al tratamiento y sensibiliza a la persona hacia un enfoque donde los padecimientos psíquicos no sean excluidos ni generadores de exclusión, la participación de todo el equipo de salud facilita la continuidad de los cuidados necesarios para sostener los tratamientos.**

El segundo factor a tener en cuenta ante la posibilidad del uso de psicofármacos es la disponibilidad de los mismos. No todos los efectores de salud poseen un stock de medicación acorde a las demandas de la población. En estos casos se recomienda al equipo de salud trabajar articuladamente para facilitar el acceso a los mismos, ya sea articulando con Segundo Nivel de Atención o recursos comunitarios que faciliten su acceso. Por otra parte, centrándonos en el motivo de consulta, es importante tener en cuenta que, si bien se utilizan los antipsicóticos como medicamentos de primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia, se suele utilizar también medicación adyuvante perteneciente a otros grupos -como benzodiazepinas o estabilizadores del ánimo-. A su vez, recordar que la estrategia terapéutica implementada no suele estar libre de efectos adversos.

Hay diferentes clasificaciones de los antipsicóticos, pero la más ampliamente aceptada es la que distingue entre Antipsicóticos Típicos (AT) como Haloperidol, Clorpromazina, Prometazina y Levomepromazina; y Antipsicóticos Atípicos (AA) como Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Clozapina, en función de su perfil de seguridad y su eficacia sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia.

## Problemáticas de salud mental prevalentes en personas mayores

### Introducción

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. Esto se calcula porque cada 25 años, la población de adultos mayores de 60 años se duplica, y se espera que para el año 2050 en la Región haya aproximadamente 400 millones de personas mayores. En las Américas, una persona que cumple 60 años vive en promedio 20 años más, y la que cumple 80 años vive unos 7 años más.

**En esta transición demográfica, el envejecimiento saludable se ha definido como el proceso para fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez**

Esta capacidad funcional -que abarca los atributos relacionados con la salud- permite a las personas ser y actuar según sus razones y valores. Aunque estos elementos se manifiestan en todo el curso de la vida, esta es la etapa en la que se debe consolidar el esfuerzo para evitar el deterioro de la capacidad funcional y así conservar una esperanza de vida saludable o, al menos, libre de discapacidad. Lo anterior tiene como meta favorecer que las personas mayores tengan una vida activa e independiente y prevenir un incremento innecesario de la carga de cuidados a largo plazo.

Dentro del enfoque de Derechos Humanos en América Latina y el Caribe que fue adquiriendo una importancia creciente dentro del marco normativo y programático del desarrollo de las políticas públicas (CEPAL, 2006), hoy la Región de las Américas cuenta con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, convirtiéndose en el primer y único continente en tener un instrumento vinculante para defender los derechos de este grupo etario. Algunas de las ventajas de este instrumento son: el establecimiento de estándares de protección más específicos y adecuados que los existentes en la actualidad, la prohibición de la discriminación por edad en la vejez, además de establecer definiciones como abandono -falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor, que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral-, maltrato o negligencia.

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Según datos de la OMS, aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o más sufren algún padecimiento mental.

**La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Según datos de la OMS, aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o más sufren algún padecimiento mental<sup>26</sup>.**

Sin embargo, al ser un grupo etario conformado por realidades muy diferentes, encontrando un alto grado de fragilidad y requerimientos de apoyo, es preciso que tengan un seguimiento más activo de parte de las/los integrantes del equipo de salud.

Entre las problemáticas más frecuentes, cabe mencionar los olvidos, con sus dos tipos, benigno y patológico,

<sup>26</sup> Ver nota descriptiva OPS: La salud mental y los adultos mayores. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>



siendo ambos un motivo frecuente de consulta y preocupación de las personas.

Los olvidos de tipo benigno se refieren a la dificultad para recordar datos relativamente poco importantes como nombres, lugares, fechas, conservando el recuerdo de la experiencia en sí.

Los datos no recordados, pueden ser evocados en otra oportunidad, con posterioridad. Los sujetos son conscientes de su déficit. Tratan de compensarlo con rodeos o disculparse por sus olvidos. Por lo general, la consulta la realiza la persona y su seguimiento se realiza en el marco de los controles habituales de salud.

En los olvidos de tipo patológico existe una dificultad para recordar datos importantes recientes, se olvida una situación completa y no hay capacidad para recordar posteriormente lo olvidado.

Los sujetos minimizan el problema. Puede haber algún episodio de confusión en la calle o alguna desorientación. La función intelectual impresiona como disminuida. Por lo general, la consulta es impulsada por los familiares y requiere ahondar en la evaluación para determinar los motivos.

### Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un proceso patológico cuyos criterios diagnósticos incluyen: personas con queja de pérdida de memoria corroborada por un informante, deterioro de la memoria u otra función cognitiva en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educacional del paciente, normalidad en actividades de vida diaria y ausencia de demencia (Petersen et al 1999, Allegri et al, 2008).

Los criterios utilizados para DCL incluyen lo siguiente (Petersen et al 2013):

1. Preocupación cognitiva por parte de la persona, informante o clínico.
2. Deterioro en uno o más de los cuatro dominios cognitivos -memoria, lenguaje, visoconstrucción, función ejecutiva- de la evaluación neuropsicológica.
3. Actividades funcionales normales (evaluadas según el Clinical Dementia Rating (CDR) y el Cuestionario de actividades funcionales).
4. Ausencia de diagnóstico de demencia (evaluado según DSM-IV).

Por el momento no existe evidencia a favor ni en contra que permita realizar una recomendación formal para realizar el "screening" o "detección" de deterioro cognitivo en forma rutinaria en todos los individuos de edad avanzada en efectores del Primer Nivel de Atención. Sin embargo, se recomienda realizar su detección cuando existe la sospecha, ya que es de suma importancia la detección temprana.

En la práctica clínica habitual se presentan con frecuencia dos situaciones:

1. La persona que consulta espontáneamente por problemas de memoria.
2. La persona que es llevada por familiares y/o cuidadores, ya sea porque han notado los problemas de memoria o porque lo notan cambiado, refiriendo afirmaciones de tipo: "no es la misma persona que era antes".

Para evaluar este tipo de padecimiento desde el Primer Nivel de Atención, el equipo de salud puede realizar evaluaciones de screening o tamizaje. Sin embargo, una evaluación cabal para determinación diagnóstica

de éste tipo de cuadros puede requerir de articulación con el Segundo Nivel de Atención para realización de evaluación por especialistas y realización de estudios diagnósticos que excepcionalmente podrán ser realizados en el Primer Nivel de Atención: examen neurológico, evaluación neurocognitiva, evaluación neuropsiquiátrica (síntomas conductuales) y laboratorio, en tanto los trastornos cognitivos pueden ser secundarios a un amplio rango de condiciones metabólicas, infecciosas y tóxicas, las cuales deben ser identificadas y tratadas. Estos estudios están orientados a identificar co-morbilidades y/o complicaciones; revelar factores de riesgo potenciales; descartar la presencia de un síndrome confusional; y, más raramente, identificar la causa de la demencia. Por último, las neuroimágenes estructurales revisten utilidad porque se relacionan con la identificación de trastornos tratables que pueden ocasionar demencia y cambios característicos observables en diferentes síndromes demenciales.

El abordaje desde el Primer Nivel de Atención debe incluir la implementación de estrategias de abordaje socio familiar y comunitario. La promoción de hábitos de vida saludable, de estimulación cognitiva, así como de prevención de factores de riesgo son objetivos de intervención comunitaria que el equipo interdisciplinario puede desarrollar.

## Demencias

Se denomina demencia a un síndrome -es decir, no refiere a una única enfermedad-, secundario a una afección cerebral, que produce una declinación -generalmente progresiva- de diferentes aspectos cognitivos o conductuales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social y/o ocupacional de la persona.

Las demencias involucran a múltiples enfermedades diferentes: algunas progresivas e intratables y otras pasibles de tratamiento efectivo y, por lo tanto, potencialmente reversibles. Ante la sospecha de su existencia, es importante que el equipo de salud del Primer Nivel de Atención pueda alojar a la persona, sus familiares y/o referentes socio afectivos, e informar sobre la necesidad de referir en una derivación asistida para consulta con especialista o con el hospital general de referencia para confirmar el diagnóstico. La herramienta del recursoro del equipo de salud con información actualizada sobre dispositivos y/o efectores donde se realizan este tipo de evaluaciones es fundamental para garantizar el acceso de la persona a la atención requerida, evitando el desgaste que genera el recorrido innecesario por efectores y/o servicios de salud inadecuados.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de demencia entre las personas mayores. Otras causas frecuentes de demencias incluyen la enfermedad vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal.

Hay muchas otras causas atípicas de demencia, incluyendo la parálisis supranuclear progresiva, el síndrome de Korsakoff, la enfermedad de Binswanger, el complejo SIDA demencia, y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Personas con esclerosis múltiple, enfermedad de la neurona motora, enfermedad de Parkinson, traumatismo de cráneo o enfermedad de Huntington pueden también desarrollar demencia.

**Es muy importante tener un diagnóstico apropiado**, ya que éste permitirá discriminar entre enfermedades con síntomas similares a los de la demencia, incluyendo la depresión.

La importancia del diagnóstico adecuado radica en la posibilidad de prescribir drogas y terapia no farmacológica para intentar retrasar la progresión de los síntomas, mejorar la calidad de vida tanto de la persona como de su familia y entorno socio afectivo y, además, puede ayudar a preparar un plan para el futuro.



La demencia tiene un **impacto físico, psicológico y económico**, no sólo para la persona con la enfermedad, sino también sobre:

1. *la familia de la persona afectada y los cuidadores en general*
2. *el sistema de salud*
3. *la sociedad.*

Los cuidadores de personas con demencia son muy propensos a experimentar estrés, por lo que es importante brindarles un espacio de acompañamiento desde el equipo de salud y orientarlos para buscar contención y ayuda en caso de considerarlo necesario. Las asociaciones de la sociedad civil que trabajan sobre el tema -por ejemplo, A.L.M.A- pueden ser aliados estratégicos de los equipos de salud en la labor de acompañar a familiares de personas con demencia, pero también en el desarrollo de acciones territoriales de sensibilización y prevención de este tipo de padecimiento. Para esto, resulta clave la labor de todas las disciplinas que integren el equipo de salud del Primer Nivel de Atención -agentes sanitarios, enfermero/as, médico/as generalistas y de familia, promotor/as de salud, trabajadores sociales, psicólogos/as, etc-.

## Enfermedad de Alzheimer

**La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia en pacientes mayores de 65 años (50-60%).** Su prevalencia -es decir, la cantidad total de personas que sufren la enfermedad en una población en un momento dado- se ha incrementado en los últimos años debido al aumento en la expectativa de vida, ya que el riesgo de padecer la enfermedad presenta un crecimiento exponencial con el envejecimiento.

**La EA es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva, lo cual significa que, durante la enfermedad, la función cerebral empeora paulatinamente llevando inevitablemente a la demencia.**

Aunque el cuadro clínico y la progresión de la EA no son iguales en todas las personas, se puede definir una presentación típica caracterizada por: inicio tardío (mayores de 65 años), con evolución lenta y con síntomas y estadios que son relativamente homogéneos y que representan el curso habitual de un paciente con EA; por otro lado, existen también las presentaciones o variantes atípicas de la enfermedad.

La sobrevida de un paciente luego del diagnóstico es habitualmente de 7 a 10 años, y muchos factores pueden modificar este proceso: edad del paciente y severidad de los síntomas al momento del diagnóstico, presencia de otras enfermedades concomitantes, etc.

La presentación clínica de la EA puede darse con los siguientes síntomas:

- **Dificultad para adquirir nueva información (frecuentemente síntoma inicial):** conversaciones o preguntas reiterativas, perder pertenencias, olvidar eventos o citas, perderse en lugares conocidos. Presenta un perfil amnésico.
- **Dificultad para razonar o realizar tareas complejas:** dificultad para entender situaciones riesgosas, administrar el dinero, tomar decisiones, planear actividades complejas o secuenciales.
- **Alteración de habilidades visuoespaciales:** dificultad para reconocer caras u objetos conocidos, encontrar objetos ubicados a simple vista, utilizar elementos simples o vestirse correctamente.
- **Alteraciones del lenguaje (hablado, leído o escrito):** dificultad para recordar palabras de uso frecuente, errores en el discurso hablado o escrito.

- **Síntomas conductuales y psicológicos:** pueden observarse depresión, apatía, ansiedad, agitación, alucinaciones y delirios.

## Depresión en personas mayores

La pseudodemencia depresiva no figura como diagnóstico en las clasificaciones psiquiátricas más utilizadas internacionalmente, como el DSM-IV. Sin embargo, el término es de uso frecuente y relevante en la práctica clínica. Se entiende a la pseudodemencia depresiva como un trastorno depresivo mayor en el cual el deterioro cognitivo subjetivo y/u objetivo representa el principal motivo de consulta, pudiendo este ser interpretado erróneamente como un cuadro demencial.

Actualmente se prefiere el término *“síndrome demencial asociado a la depresión”*. Su presentación clínica puede darse de la siguiente manera:

- **Síntomas conductuales y psicológicos:** queja cognitiva y/o somática, enlentecimiento psicomotor, no hay empeoramiento nocturno, disminución de la motivación para realizar tareas. Criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor.
- **Síntomas cognitivos:** enlentecimiento en el procesamiento de la información; Inconsistencia en la performance cognitiva a lo largo de la evaluación; Buen desempeño en la fase de reconocimiento en pruebas de memoria
- **Neuroimágenes:** Sin atrofia hipocámpica o atrofia leve; sin atrofia cortical generalizada o atrofia leve.

En relación con el abordaje con fármacos, el tratamiento indicado es con antidepresivos. Dentro de éstos, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son el grupo de primera elección. En general, se comienza el antidepresivo con una dosis baja y se aumenta paulatinamente, aunque siempre alcanzando la dosis eficaz mínima de cada medicación.

Para realizar un abordaje integral, resulta de especial importancia identificar y promover la incorporación del sistema de apoyo requerido en cada caso -cuidadores formales e informales, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico, enfermería, etc.-, así como la participación en espacios de estimulación cognitiva, actividad física, psicoterapia y la integración en espacios de tipo preventivo promocionales existentes en la comunidad y en dispositivos y actividades diseñadas para personas mayores como clubes barriales, centros de jubilados, centros de día, etc., tal como se menciona más arriba.

## Síndrome Confusional Agudo (SCA)

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es una alteración transitoria del estado mental caracterizada por diversas manifestaciones clínicas. Es de etiología orgánica. Su inicio es agudo y de curso fluctuante, con intervalos lúcidos diurnos y empeoramiento nocturno. Presenta alteraciones en el nivel de atención y alteraciones en otras funciones cognitivas como memoria, orientación, lenguaje, razonamiento y percepción. También presenta alteraciones de otras funciones no cognitivas como comportamiento psicomotor, estado afectivo, ciclo sueño-vigilia y sistema neurovegetativo.

Puede presentarse como síndrome confusional hiperactivo -estado de inquietud, agitación motora- y como hipoactivo -retardo en la actividad psicomotora, somnolencia, disminución del reconocimiento del entorno-, o mixto. De acuerdo con el DSM-V, el SCA se define como:

- A. *Alteración de la atención -es decir, la capacidad reducida para dirigir, el enfoque, mantener y cambiar la atención- y la conciencia -orientación reducida para el medio ambiente.*
- B. *La alteración se desarrolla durante un corto período de tiempo -por lo general horas a unos pocos días-, representa un cambio agudo de la línea de base atención y conciencia, y tiende a fluctuar en severidad durante el transcurso de un día.*
- C. *Una perturbación adicional en la cognición -déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción-.*
- D. *Los disturbios en los Criterios A y C no se explican mejor por una enfermedad preexistente, establecida o en evolución y no se producen en el contexto de un deterioro nivel conciencia como el coma.*
- E. *Hay evidencia de la historia, la exploración física o hallazgos de laboratorio que la perturbación es consecuencia de otra afección médica, intoxicación por sustancias o retirada*
- F. *-es decir, debido a una droga de abuso o un medicamento-, o la exposición a una toxina, o se debe a múltiples etiologías.*

Es importante tener en cuenta que estos cuadros causan daño neuronal directo como también por afectar la producción de energía, por lo cual debe ser considerado como una emergencia médica.

**Su etiología se considera multicausal**, donde se mezclan factores predisponentes como edad, sexo, cuadros previos y coexistentes, fármacos, deshidratación y malnutrición; así como factores desencadenantes como inicio de nuevos fármacos, alteraciones de sueño, factores, ambientales, enfermedades y cirugías.

La evaluación y su reconocimiento es clínico. Se pueden usar herramientas de apoyo diagnóstico pero lo principal es la evaluación clínica y el reconocimiento de los factores predisponentes y desencadenantes.

Algunos factores de riesgo asociados al SCA son el deterioro cognitivo, privación de sueño, inmovilidad, déficit visual y auditivo, deshidratación. Asimismo, algunos factores precipitantes pueden ser la contención mecánica, desnutrición, uso de catéter urinario, iatrogenia, uso de más de tres fármacos.

Dadas las altas tasas de morbimortalidad, cualquier caso sospechoso o incierto, debe ser tratado como SCA, hasta que se demuestre lo contrario.

El tratamiento se centra en tres prioridades simultáneas: el mantenimiento de la seguridad de la persona que atraviesa esta situación, tomando las precauciones adecuadas y refiriéndola a un lugar donde pueda recibir los cuidados necesarios para su estabilidad clínica. También se procede a la búsqueda de las posibles causas y al manejo de los síntomas de delirio. Hay medidas no farmacológicas que se pueden implementar, como promover la orientación témporo espacial con relojes calendario y acompañar a diferenciar el día y la noche, evitar estímulos que aumenten la inquietud motora, además de los mencionados espacios de contención, consejería y orientación a la familia y red socio afectiva de la persona. Es importante informar a la persona afectada y a su entorno de modo detallado lo que está sucediendo y de ser posible adelantarse a posibles acciones necesarias para continuar con los cuidados.



## Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir

### Tratamiento Farmacológico de los Trastornos del estado del ánimo Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina más utilizados son:

- *Fluoxetina.*
- *Sertralina.*
- *Paroxetina.*
- *Citalopram.*
- *Escitalopram.*

#### Efectos adversos de los IRSS:

náuseas, molestias abdominales, diarrea, cefalea, insomnio, agitación e irritabilidad (ansiedad paradójica) y disfunciones sexuales. Estos efectos adversos son dosis dependientes y generalmente van disminuyendo luego de la primera semana de tratamiento. Las disfunciones sexuales son un efecto adverso muy común de duración más prolongada. Las personas en tratamiento pueden referir disminución de la libido, anorgasmia o eyaculación retardada.

- **Fluoxetina:** *puede tener un efecto más estimulante sobre el sistema nervioso central con mayor tendencia a producir insomnio y agitación en comparación con otros IRSS. También puede presentar más interacciones medicamentosas con otras drogas (ej. clopidogrel).*
- **Paroxetina:** *tiene un efecto más sedativo, por lo que podría indicarse por la noche y mejorar el insomnio si hubiere, y algunos efectos anticolinérgicos.*
- **Sertralina:** *es más propensa a producir diarrea y también a tener un efecto estimulante. La fluoxetina y la sertralina se denominan IRSS no sedantes.*
- **Citalopram y escitalopram:** *este último presenta una eficacia superior en comparación con el citalopram, un comienzo de acción más temprano y un perfil de efectos adversos más favorable. Ambas presentan menores interacciones con otras drogas que los IRSS anteriormente mencionados. (El escitalopram es el enantiomero S puro, mientras que el citalopram es la mezcla racémica. De esta forma, el escitalopram al ser el enantiomero S con efecto antidepresivo puro, evitamos los efectos adversos del enantiomero R, por eso el perfil de efectos adversos es más favorable y la dosis es menor)*

Todas presentan una latencia en el inicio del efecto de 4 semanas aproximadamente. Se recomienda iniciar con una dosis baja para generar tolerancia a los efectos adversos y citar a la persona a las 2 semanas de iniciado el tratamiento para evaluar la presencia de los mismos y su tolerancia e ir aumentando gradualmente la dosis.



Si con el tratamiento con IRSS surgen síntomas de ansiedad marcada inicialmente puede considerarse el uso concomitante de una benzodicepina durante una semana (por ejemplo, diazepam 5-10 mg/d).

Se recomienda explicar al inicio del tratamiento que los efectos adversos son muy comunes pero transitorios. Es importante transmitir este concepto a la persona para evitar que pueda comprometerse la adherencia al tratamiento.

Si luego de 6 semanas de tratamiento no hay mejoría o solo mejoría parcial (de las cuales al menos 2 fueron con las dosis máximas), se sugiere:

- *Revisar el diagnóstico (incluyendo los diagnósticos de comorbilidad).*
- *Verificar la adherencia al tratamiento.*
- *Considerar cambiar a otro antidepresivo, disminuyendo la dosis del primer antidepresivo gradualmente hasta suspender en el curso de una semana, esperar 4 días antes de iniciar el segundo antidepresivo.*

## Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de ansiedad

La elección de la droga para iniciar tratamiento dependerá fundamentalmente de los antecedentes de tratamientos previos y del perfil de los efectos adversos. Las drogas más utilizadas son los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRSS).

### Según la evidencia actual, para el trastorno de ansiedad generalizada, la sertralina es la más costo-efectiva.

Todas presentan una latencia en el inicio del efecto de 4 semanas aproximadamente. La administración de una benzodicepina (por ejemplo, lorazepam 1-2 mg/d) podría utilizarse en las personas que presenten síntomas de ansiedad durante este lapso. Deben utilizarse solo por un corto período.

Se recomienda iniciar con una dosis baja para generar tolerancia a los efectos adversos y citar a la persona a las 2 semanas de iniciado el tratamiento para evaluar la presencia de los mismos y su tolerancia, e ir aumentando gradualmente la dosis. Si luego de 6-8 semanas de tratamiento a dosis terapéutica no hay signos de mejoría, debería evaluarse la adherencia al tratamiento y/o considerar el tratamiento con una droga diferente.

Entre los efectos adversos de los IRSS se mencionan: náuseas, molestias abdominales, diarrea, cefalea, insomnio y agitación e irritabilidad (ansiedad paradójica), y disfunciones sexuales. Estos efectos adversos son dosis dependientes y generalmente van disminuyendo luego de la primera semana de tratamiento. Las disfunciones sexuales son un efecto adverso muy común de duración más prolongada. Las personas en tratamiento pueden referir disminución de la libido, anorgasmia o eyaculación retardada.

La fluoxetina puede ser más estimulante para algunas personas y presentar más interacciones medicamentosas con otras drogas (por ejemplo, clopidogrel) mientras que la paroxetina tiene un efecto más sedativo (por lo que podría indicarse por la noche) y algunos efectos anticolinérgicos. La sertralina es más propensa a producir diarrea y también a tener un efecto estimulante.

En relación al citalopram y el escitalopram, este último presenta una eficacia superior en comparación con el citalopram, un comienzo de acción más temprano y un perfil de efectos adversos más favorable. Ambas presentan menores interacciones con otras drogas que los IRSS anteriormente mencionados.

**Tabla N°8: Dosis recomendadas de los IRSS**

Droga	Dosis Diaria Inicial	Rango dosis diario
Fluoxetina	10 mg	20 - 60 mg
Sertralina	25 mg	50 - 200 mg
Paroxetina	10 mg	20-60 mg
Citalopram	10 – 20 mg	20 – 60 mg
Escitalopram	5 – 10 mg	10 – 30 mg

Como segunda elección para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada están las benzodiacepinas.

En cuanto a las benzodiacepinas, si bien son efectivas para controlar rápidamente los síntomas, dado su perfil de abuso y tolerancia, no constituyen una primera elección terapéutica.

Pueden considerarse para el tratamiento inicial durante el tiempo de latencia de acción de los IRSS o en aquellos que presenten síntomas de ansiedad paradójicos al inicio del tratamiento con IRSS. También considerar su uso en personas con trastornos de ansiedad generalizada crónico con mínimos síntomas depresivos, sin historia de abuso de sustancias que no hayan respondido al tratamiento con antidepresivos o presenten contraindicaciones o intolerancia con su uso.

El tratamiento con benzodiacepinas debe durar el menor tiempo posible, para evitar las situaciones de dependencia, abuso y abstinencia. Si las mismas son utilizadas a largo plazo (más de 6 semanas) desarrollan dependencia. Esto ocurre especialmente con las benzodiacepinas de acción corta como el alprazolam. Esto significa que al dejar de consumirlas generan síntomas de supresión o abstinencia como ansiedad de rebote, taquicardia, insomnio, cefalea y temblor.

**Tabla N° 9: Benzodiacepinas**

Fármaco	Dosis usual	Rango de dosis	Tomas diarias	Equivalencia	Vida media eficaz
Alprazolam	0.5 a 2 mg	0.75 a 10 mg	2 a 4	0.5 mg	Corta
Lorazepam	2 a 4 mg	2 a 6 mg	2 a 3	1 mg	Corta
Clonazepam	0.5 a 1 mg	0.5 a 4 mg	1 a 3	0.25 mg	Intermedia
Bromazepam	1.5 a 3 mg	1.5 a 3 mg	2 a 3	3 mg	Intermedia
Diazepam	2 a 10 mg	2 a 10 mg	3 a 4	5 mg	Larga

Entre las benzodiacepinas existentes, se recomienda utilizar las que tienen acción más larga como el clonazepam, ya que de este modo hay menos incidencia de ansiedad de rebote en los intervalos interdosis, aunque drogas de acción más corta como el lorazepam y el alprazolam, también han demostrado ser eficaces. El clonazepam presenta ventajas sobre el alprazolam: la vida media más prolongada del clonazepam permite su uso en 1 o 2 dosis diarias, contra las 3 o 4 del alprazolam. Este último también está asociado a generar mayor ansiedad entre la toma de las dosis y un síndrome de abstinencia más intenso cuando se lo retira.

La dosis inicial del clonazepam es 0.5 mg por la noche, pudiendo ser dividida esta dosis en 2 o 3 tomas si fuera necesario. Puede incrementarse hasta 6 mg/d en algunos casos. El alprazolam puede iniciarse con una dosis de 0.25 mg. 3 o 4 veces por día, pudiéndose aumentar hasta 4 o 6 mg/día, según se considere necesario. De ser utilizadas, es imprescindible recordar que las benzodiacepinas deben ser discontinuadas gradualmente (disminuir entre un 10-25% de la dosis cada 2 semanas). Otra opción, en caso de que la persona

en tratamiento esté recibiendo una benzodiacepina de acción corta, como el alprazolam (que son las que más generan abstinencia), es rotarla por una de vida media larga a dosis, como el diazepam, ya que éstas tienden a acumularse y eliminarse lentamente, sin producir tanta abstinencia. Se debe rotar a una dosis equivalente y luego también suspenderla gradualmente. Si se discontinúan rápidamente puede aparecer un síndrome de abstinencia muy desagradable y en ocasiones riesgoso para la persona en tratamiento. Nuevamente, tener en cuenta que los tratamientos de más de seis semanas desarrollan una fuerte dependencia.

**Valproato:** Existe en el mercado en dos sales diferentes: de sodio y de magnesio, siendo este último el elegido en usuarios con hipertensión arterial, aunque la presencia de magnesio lo hace un medicamento peor tolerado gastrointestinalmente hablando. Es considerada una droga teratogénica (categoría "D") por lo cual debe evitarse en mujeres embarazadas.

**Carbamazepina:** otra de las drogas comúnmente clasificadas como anticonvulsivantes que son utilizadas en los trastornos del ánimo. Es una droga con numerosas interacciones medicamentosas debido a que es un fuerte inductor del metabolismo hepático, lo cual puede generar niveles subterapéuticos de las drogas que se utilicen concomitantemente. Al igual que el valproato, pertenece a la categoría "D", con lo cual debe ser evitada en mujeres embarazadas.

**Lamotrigina:** anticonvulsivante utilizado también como estabilizador del ánimo, responsable de una de las reacciones adversas potencialmente mortales a la que se le debe prestar especial atención, el Síndrome de Stevens-Johnson. Esta es una urgencia que usualmente requiere hospitalización ya que puede provocar la muerte. Es importante indagar sobre la presencia de sarpullido al inicio del tratamiento con lamotrigina, de forma de suspender la droga de forma temprana, evitando así las formas graves.

## Tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos

Todos los antipsicóticos tienen un mecanismo de acción común (aunque no único): el efecto antidopaminérgico. Las diferencias entre ellos se deben a su afinidad por los distintos receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos y por otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos

**Tabla N° 10: Antipsicóticos**

Medicación >= a 110	Haloperidol (AT)	Risperidona (AA)
Dosis terapéutica inicial (mg)	1,5 - 3 mg	2 mg
Dosis terapéutica efectiva	3 -20 mg/día	4 - 6 mg
Vía de Administración	Oral/ Intramuscular (episodio agudo) Intramuscular (medicación de depósito, fase mantenimiento)	Oral / Intramuscular (medicación de depósito, fase mantenimiento)
Sedación	+	+
Dificultad Urinaria	+	raro
Hipotensión Ortostática	++	+
Síndrome Neuroléptico Maligno	raro	+
Disquinesia tardía	+	+
Cambios en electrocardiograma	+	+
Contraindicaciones	Alteración de la conciencia; Depresión Médula ósea; Feocromocitoma; Enfermedad de ganglios basales	Personas con demencia, a menos que se monitoree cuidadosamente signos o síntomas de accidente vascular encefálico.

## Efectos Adversos de los medicamentos antipsicóticos

Teniendo en cuenta el perfil de efectos adversos de cada grupo, se realizarán evaluaciones periódicas. Cabe aclarar que, si bien cada grupo tiene una mayor incidencia de efectos adversos particulares, no se descarta que puedan generar efectos adversos de otro tipo. Algunos de ellos son:

- ▶ **Sedación:** es un efecto secundario muy común de algunos antipsicóticos, de ambos grupos. Este efecto puede estar relacionado con efectos antagonistas de estos fármacos sobre los receptores histaminérgicos, adrenérgicos y dopaminérgicos. La sedación es más pronunciada en las fases iniciales del tratamiento, ya que con la administración continuada de estos fármacos la mayoría de las personas en tratamiento desarrolla cierta tolerancia a los efectos sedantes. En el caso de las personas en tratamiento que presentan agitación, es posible que los efectos sedantes de estos fármacos en la fase inicial del tratamiento tengan alguna ventaja terapéutica. La sedación persistente, como la somnolencia diurna y pasar más horas durmiendo, pueden interferir con la función social, recreativa y laboral de las personas. La reducción de la dosis diaria, la consolidación de dosis separadas en una dosis nocturna o el cambio a un fármaco antipsicótico menos sedante puede ser eficaz para reducir la gravedad de la sedación.
- ▶ **Efectos adversos extrapiramidales agudos:** son signos y síntomas que aparecen durante los primeros días y semanas de la administración de medicamentos antipsicóticos, son dependientes de la dosis y reversibles si se reduce la dosis del fármaco o se interrumpe por completo su administración (rigidez, temblores, acinesia, bradicinesia, distonía aguda, acatisia). Los efectos secundarios extrapiramidales constituyen, junto con la falta de respuesta, los principales factores limitantes de los tratamientos antipsicóticos, sobre todo el grupo de los atípicos.
- ▶ **Distonía aguda:** contracción espástica de grupos musculares aislados más asociada al grupo de los típicos. Las reacciones distónicas se dan en un 10% de las personas que inician tratamiento. Los factores de riesgo son la juventud de la persona en tratamiento, el sexo masculino, el empleo de medicaciones de alta potencia de bloqueo de receptores dopaminérgicos, como el haloperidol, las dosis altas y la administración intramuscular. Se produce con frecuencia después de las primeras dosis de medicación y en un 90% en los tres primeros días. Puede afectar a diversas regiones del cuerpo, pero aquejan con mayor frecuencia a los músculos del cuello, la laringe, los ojos y el torso. Responden rápidamente a la administración de medicación anticolinérgica o antihistamínica.
- ▶ **Acatisia:** agitación somática, que se manifiesta de forma subjetiva y objetiva en un 30% de las personas en tratamiento tratadas con antipsicóticos de primera generación o clásicos o típicos, los cuales pueden ser de alta o baja potencia y antipsicóticos de 2da generación. Las personas en tratamiento suelen referir una sensación interna de agitación y una necesidad irresistible de mover diversas partes del cuerpo.
- ▶ **Hiperprolactinemia:** se manifiesta más frecuentemente asociado a antipsicóticos típicos y a la Risperidona. Se evidencia por presencia de alteraciones del ciclo hormonal en las mujeres y galactorrea en varones y mujeres. Es necesario rotar la medicación, de un típico a un atípico o de risperidona a otro atípico.
- ▶ **Síndrome neuroléptico maligno:** efecto adverso caracterizado por rigidez, hipertermia e inestabilidad del sistema nervioso autónomo, incluidas la hipertensión y la taquicardia. Se relaciona con una elevación de la concentración sérica de la creatinquinasa. La prevalencia es de menos del 1% de las personas tratadas, y el diagnóstico se pasa por alto con cierta frecuencia y puede ser mortal en el 5-20% de las personas sin tratar. Su inicio puede ser repentino, a menudo en la primera semana o tras haber aumentado la dosis. Los factores de riesgo son: agitación aguda, juventud, sexo masculino, incapacidad neurológica previa, enfermedad física, deshidratación, aumento rápido de la dosis de antipsicótico, administración de fármacos de alta potencia y de



preparados intramusculares. Se debe interrumpir el tratamiento con antipsicóticos y proporcionar tratamiento de apoyo para mantener la hidratación y tratar la fiebre, así como los síntomas cardiovasculares, renales y otros. Su tratamiento requiere llevarse a cabo en el ámbito hospitalario.

► **Alteraciones metabólicas:** asociadas principalmente a los antipsicóticos atípicos. Principalmente resistencia a la insulina, obesidad abdominal, dislipemia, hipertensión arterial, etc. Pueden aumentar significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. El bloqueo de los receptores histaminérgicos H1 y serotoninérgico producido por este grupo de antipsicóticos explica la tendencia a la obesidad de los usuarios. Los antipsicóticos más asociados con la aparición del síndrome metabólico son: olanzapina, clozapina, quetiapina y, en menor medida, la risperidona.

Este síndrome metabólico obliga muchas veces a polimediar a los pacientes, ya que es necesaria la adición de medicamentos antihipertensivos, hipolipemiantes y/o hipoglucemiantes, incrementando el perfil de efectos adversos y la posibilidad de interacciones medicamentosas relevantes.

### Efectos adversos extrapiramidales crónicos

Son signos y síntomas que aparecen al cabo de meses y años de la administración de medicamentos antipsicóticos, no dependen tan claramente de la dosis y pueden persistir tras la retirada del medicamento. Algunos de ellos son:

► **Discinesia tardía:** es el efecto adverso más común dentro de este grupo de efectos adversos extrapiramidales crónicos. Es un trastorno de movimientos involuntarios anormales hiperkinéticos causado por la exposición mantenida a la medicación antipsicótica. Puede afectar a la función neuromuscular en cualquier región del cuerpo, pero se observa especialmente en la región orofacial. La propia esquizofrenia puede asociarse a un riesgo de discinesia espontánea que es indistinguible de la inducida por medicación. La discinesia tardía aparece anualmente en un porcentaje del 4 al 8% en personas adultas tratadas con este tipo de antipsicóticos. Los factores de riesgo son: edad avanzada, los síntomas parkinsonianos inducidos por antipsicóticos, sexo femenino combinado con estado posmenopáusico, el diagnóstico de trastorno afectivo (trastorno depresivo mayor), enfermedades médicas simultáneas (diabetes) y el empleo de dosis altas de medicación antipsicótica. La mayoría de las personas en tratamiento tienen síntomas leves pero un 10% sufren síntomas de carácter moderado o intenso.

► **Distonía tardía:** una variante frecuente y grave de la discinesia tardía es la distonía tardía, que se caracteriza por la aparición de contracciones musculares espásticas en lugar de movimientos coreoatetósicos. La distonía tardía a menudo se relaciona con un mayor malestar y sensación de incomodidad física.

► **Efectos anticolinérgicos:** sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, taquicardia, retención urinaria y efectos termorreguladores. Pueden aparecer en un 10-50% de las personas en tratamiento. Si bien en general son leves y tolerables, este tipo de efectos puede ser particularmente grave en las personas de edad. Los efectos anticolinérgicos resultan en alteraciones del aprendizaje y la memoria, y enlentecimiento de la cognición. Los síntomas de toxicidad anticolinérgica son la confusión, el delirio, la somnolencia y las alucinaciones.

► **Convulsiones:** pueden reducir el umbral de convulsión y originar la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, como por ejemplo la levomepromazina, clorpromazina, etc.

► **Alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y lípidos:** es más frecuente con los antipsicóticos atípicos. Pueden producir hiperglucemia, y llegar a desencadenar un síndrome metabólico. Revisar la presión arterial, el peso y la glucemia plasmática basal a todas las personas en tratamiento con antipsicóticos atípicos durante más de 12 semanas.

► **El Biperideno:** es un medicamento anticolinérgico muscarínico de amplio uso como antídoto ante la aparición de efectos adversos extrapiramidales por el uso de antipsicóticos ya que produce una serie de estímulos

generando una inhibición de acetilcolina dentro del sistema nervioso central, sin necesidad de pasar por la barrera hematoencefálica. Esto lo hace bloqueando los receptores de acetilcolina, la cual equilibra la actividad dopaminérgica de la sustancia negra del encéfalo. Como posibles efectos secundarios podemos encontrar los propios de su efecto anticolinérgico: náuseas, vómitos, midriasis, diplopía, retención urinaria.

En raras ocasiones puede producir síntomas psicóticos afectivos (disforia/alucinaciones). Este efecto anticolinérgico puede generar un uso compulsivo (abuso), por lo cual debe ser manejado con cuidado.

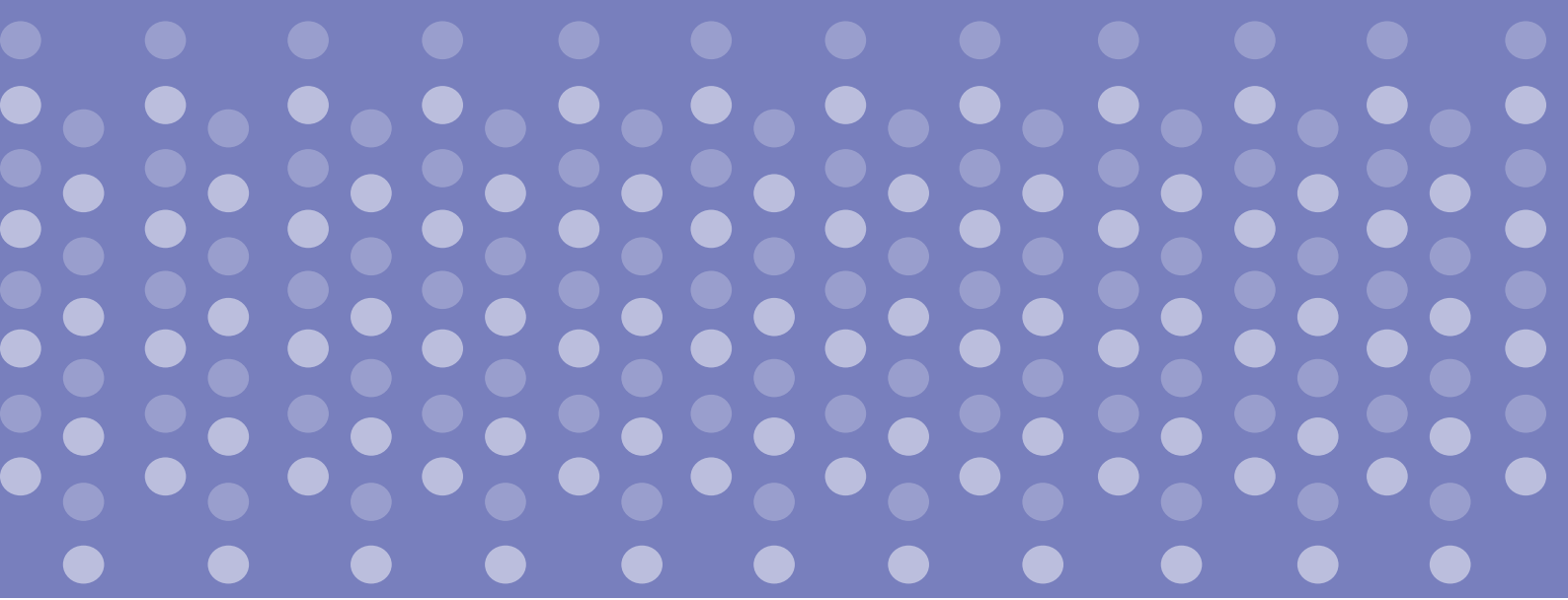
Su presentación es de 2 mg comprimidos vía oral (tratamiento de mantenimiento).





# Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes

## Módulo V

- 19 Introducción a las problemáticas de salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes.
  - 20 Introducción a las problemáticas frecuentes en Niños, Niñas y Adolescentes.
  - 21 Introducción a las problemáticas graves en Niños, Niñas y Adolescentes.
  - 22 Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir.
- 



# Introducción a las problemáticas de salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)

## Perspectiva de derechos en las infancias y adolescencias

Los NNyA son sujetos en desarrollo y sus derechos deben ser cuidados particularmente por la condición de vulnerabilidad en la que se encuentra esta franja poblacional.

Nuestro país cuenta, desde el año 2005, con la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que incorpora la Convención Internacional de los Derechos del Niño al marco normativo nacional.

Históricamente, bajo paradigmas tutelares, los NNyA no tenían derechos específicos y se los/las consideraba incapaces, objetos de tutela o de represión. Este paradigma fue cayendo y orientándose a la idea de **protección integral**, corriendo el eje hacia el interés superior de NNyA. De todas maneras, la inclusión social plena y participativa de NNyA sigue siendo un desafío para la comunidad.

La Ley 26.061 incluye también el derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. La atención debe necesariamente incorporar una **mirada que reconozca y respete la diversidad de género, sexual y corporal** de NNyA y sus referentes afectivos.

Es necesario contar con abordajes integrales desde el Primer Nivel de Atención y los servicios polivalentes y/o de pediatría del Segundo Nivel de Atención, garantizando el **acceso y cobertura a toda edad**, incorporando intervenciones tales como internaciones en el hospital general y desintoxicación, entre otras prestaciones.

## Nociones básicas del desarrollo infantil

*“El desarrollo es el proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).*

Este proceso refiere a una sucesión lógica y no cronológica de logros, se encuentra en constante movimiento y no es estrictamente lineal: “presenta avances y retrocesos, continuidades, discontinuidades y anticipaciones funcionales. El pasaje de un estadio a otro implica y pone de manifiesto una organización diferente con respecto a la alcanzada en la etapa anterior” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Las problemáticas de salud mental de niños, niñas y adolescentes presentan particularidades en su abordaje. El Primer Nivel de Atención es un escenario muy fértil en el que se pueden llevar adelante acciones que van desde



la **detección de dificultades del desarrollo** en los controles de niño/a sano/a hasta la detección temprana de **conductas de riesgo** en adolescentes.

Existen muchas dificultades del desarrollo, problemáticas y padecimientos cuya aparición acontece en la infancia o adolescencia, como por ejemplo el autismo o la discapacidad intelectual, mientras que cuadros clínicos típicamente caracterizados para los/las adultos/as pueden tener un inicio temprano, durante la infancia o la adolescencia. En estos períodos, las presentaciones pueden tener algunas diferencias y ser más difíciles de detectar. Un ejemplo de esto son las psicosis infantiles.

El desafío consiste en articular las respuestas del sistema sanitario en su conjunto para que sean más eficaces para detectar e **intervenir de manera oportuna**. Las intervenciones en esta población suelen tener un **resultado de prevención** a nivel comunitario (OPS 2009, 2011).

Partiendo de esta concepción del desarrollo infantil se crearon instrumentos con indicadores para hacer valoraciones del mismo. Uno de ellos es el **“Instrumento para la observación del desarrollo infantil” -IODI-**, destinado a realizar el seguimiento del desarrollo en las niñas y niños y a contribuir a la detección oportuna de situaciones de riesgo y signos de alarma. La herramienta fue elaborada por un grupo de expertos/as y validada a nivel nacional en el año 2015 por el Ministerio de Salud de la Nación.

Los indicadores presentes en el instrumento se focalizan en los primeros cuatro años de vida de niños y niñas y se encuentran agrupados por franja etaria. Su ausencia es una señal de alerta diagnóstica. Los indicadores incluidos pueden ser observados en su mayoría durante la consulta del/de la niño/a sano/a.

Se mencionan a continuación algunos **factores** a ser evaluados durante la consulta:

- **Factores del entorno:**

- ▶ **Factores facilitadores (FFD):** son aquellos que promueven el despliegue de las potencialidades de niños y niñas, de su capacidad de interactuar con los sujetos, de accionar con los objetos, de desplazarse autónomamente en el espacio, adaptándose activamente a las circunstancias concretas del entorno. Algunos ejemplos: respetar las iniciativas de niños y niñas para favorecer la autoestima y la autonomía, valorar sus capacidades, contar con un espacio adecuado para desplegar su libertad de movimiento, disponer objetos adecuados a la edad en cuanto a textura y tamaño, etc. Estos factores pueden funcionar como protección frente a la adversidad y al impacto traumático de los factores de riesgo, promoviendo la capacidad de resiliencia.

- ▶ **Factores obstaculizadores del desarrollo (FOD):** son aquellos que desorganizan o inhiben el despliegue de las potencialidades y los procesos de organización funcional de niños y niñas, pudiendo causar alteraciones en su desarrollo. Algunos ejemplos: colocarlo/a en posiciones que no es capaz de alcanzar por sí mismo/a, el uso del andador, vestirlo/a con ropa inadecuada para movilizarse, promover juegos que puedan poner en riesgo su vida, etc.

- ▶ **Factores perturbadores del desarrollo (FPD):** son aquellos que provocan un impacto altamente traumático sobre el desarrollo del ser humano. Algunos ejemplos: trabajo infantil, violencia física o emocional, negligencia y abuso sexual.

- ▶ **Factores de riesgo para el desarrollo (FRD):** son todas aquellas situaciones, hechos o condiciones propias de los/as niños/as o de su entorno que aumentan la probabilidad de desarrollar desajustes

psico-sociales o alteraciones en el proceso de desarrollo, de sufrir accidentes o de contraer enfermedades.

Se pretende entonces identificar y favorecer estrategias en vistas de fortalecer los factores protectores, entre los cuales se incluyen los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer los lazos familiares, con otros referentes vinculares y comunitarios de los/as NNyA.

Que los/as NNyA tengan la oportunidad de ampliar sus espacios de circulación social, conservando siempre su escolaridad como base de la misma

#### • **Vínculos y roles en la crianza:**

Las/os niñas/os nacen en un estado de inmadurez tanto psíquica como biológica, que los lleva a requerir de un/a otro/a para la continuidad de su existencia somato- psíquica.

Serán de igual importancia las respuestas a sus necesidades fisiológicas, como emocionales, intelectuales y sociales. Los y las referentes vinculares son quienes pueden constituirse tanto en principales facilitadores, como en los más poderosos inhibidores de su desarrollo hacia la madurez y autonomía, y por ende, de su constitución subjetiva.

Estos/as referentes vinculares constituyen los/as principales observadores/as del desarrollo de los/as niños/as de sus logros y dificultades-, por lo cual es imprescindible generar condiciones para escucharlos/as y acompañarlos/as en el proceso de crianza. Los parámetros para observar el vínculo, así como las características óptimas de un/a adulto/a referente son:

- **Adulto/a disponible:**  
*capaz de interactuar y satisfacer adecuadamente las necesidades del niño o la niña.*
- **Adulto/a predecible:** *pone en palabras los acontecimientos, anticipa lo que sucede y consistentemente sucede lo que dice.*
- *Organiza el espacio físico, los juguetes y la ropa según las necesidades del niño o la niña, a fin de garantizar la libertad de movimiento, la manipulación, el aprendizaje, el abrigo necesario y la prevención de lesiones.*
- *Respetar los tiempos del niño o la niña y sus iniciativas.*
- *Propone y organiza las rutinas, los momentos de interacción y la actividad autónoma, según el estado de necesidad del niño o la niña.*
- *Minimiza, selecciona y ordena los estímulos del entorno.*

La observación durante la consulta es fundamental para detectar dificultades con el fin de realizar intervenciones oportunas. Una de ellas es cuidar a los y las adultos que crían, revalorizar los saberes propios de la familia y orientar sobre prácticas de crianza respetando los encuadres culturales.



## Proceso diagnóstico: identificando dificultades y posibilidades

### • La superespecialización:

Existe la idea de que los abordajes de las problemáticas en el desarrollo infantil requieren de “*superespecialistas*” y que todo debe derivarse a un/a psiquiatra o neurólogo/a infanto-juvenil.

Es necesario diferenciar la complejidad que implica una situación con múltiples determinaciones y lo que habitualmente se llama complejidad de los niveles de atención médica.

La creencia de que se requiere un superespecialista cuando se presenta una situación de mayor complejidad puede derivar en la generación de sobreintervenciones y/o sobrediagnósticos<sup>27</sup>.

Las derivaciones frente a situaciones de complejidad que pueden ser contenidas y abordadas desde el Primer Nivel de Atención pueden generar la sobresaturación de efectores especializados -muchas veces ubicados en localidades y/o jurisdicciones alejadas del lugar de residencia del NNyA y su familia-, así como intervenciones iatrogénicas originadas en la patologización de un sufrimiento causado por condiciones de vulnerabilidad familiar, institucional y/o socioeconómicas.

Los casos más graves enfrentan frecuentemente el problema opuesto al mencionado, conocido como subdiagnóstico, en el que situaciones de mayor riesgo pasan inadvertidas. Por ejemplo, en un aula será más difícil que el personal de la escuela detecte un problema relacionado al perfil de introversión y aislamiento social en tanto ese/a niño/a no suele traer complicaciones en la dinámica de una clase. Por este motivo, su detección suele ser menos frecuente. En cambio, es más probable que la institución mande a evaluación a un/a niño/a con problemas “relacionados a la hiperactividad” por ser más notorio en el aula, aunque no siempre son casos de más complejidad. (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

### • La particularidad de los diagnósticos en NNyA

Los diagnósticos en las infancias y adolescencias **deberán considerarse transitorios**, nunca definitivos, en función del proceso del desarrollo evolutivo, la movilidad y la evolución de los cuadros.

El proceso diagnóstico no debe en ningún caso centrarse exclusivamente en encontrar una clasificación que agrupa los síntomas del cuadro, sino en un proceso más amplio ligado a la búsqueda de causas y determinantes de una problemática, considerando no solo las dificultades sino también las posibilidades. Al ser un proceso, se trata de algo dinámico, iniciado por una hipótesis con sucesivas verificaciones y observación de avances y retrocesos en el marco de un tratamiento.

Las primeras hipótesis diagnósticas son absolutamente necesarias ya que orientan el proceso de trabajo. Sin embargo, se ha observado con preocupación en la Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones “*una tendencia creciente a abordar problemáticas que surgen del ámbito escolar a partir de la realización de diagnósticos de salud mental en base a meros indicadores comportamentales, prescripción inadecuada de medicamentos e indicación inoportuna de certificados de discapacidad*” (Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y CONISMA, 2014).

<sup>27</sup> Se entiende como sobrediagnóstico a la acción devenida de métodos de tamizaje, screening o de diagnóstico, probados y validados científicamente en el ámbito de la salud, cuando arrojan erróneamente un resultado determinado. Esto puede suceder por errores inherentes a los propios métodos, al incluir su margen de error estadístico y cuyo ejemplo paradigmático es el resultado denominado falso positivo, entre otros indicadores de sensibilidad y especificidad de los mencionados métodos.

En este sentido, se retoma lo establecido en el artículo 3° de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, que establece que: *“...en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio- económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.*

La detección de problemáticas en el Primer Nivel de Atención debe contemplar necesariamente el contexto socio-sanitario. La pandemia por COVID-19 pudo representar un evento disruptivo implicando que la salud mental de NNyA se haya visto afectada en un sentido general, no necesariamente patológico. De este modo, en las consultas pueden o pudieron presentarse nuevas manifestaciones o intensificarse algunos malestares o expresiones previas a la pandemia.

### • **Evaluación integral**

Para realizar un proceso diagnóstico frente a la identificación de una problemática en NNyA es necesario considerar tres pilares:

#### ► **Evaluación de aspectos sociales, familiares y culturales:**

Uno de los criterios fundamentales para realizar hipótesis diagnósticas está ligado a indagar acerca de los entornos donde transcurre la vida del NNyA. Será de vital importancia realizar una valoración de los factores del entorno, de la estructura familiar, de las características de los/las adultos/as referentes, de los vínculos dentro del ámbito familiar-afectivo, de la cultura donde se instalan estos vínculos, de la situación socio-económica y laboral de los/las referentes afectivos del niño, niña o adolescente, entre otros.

#### ► **Evaluación psicodiagnóstica:**

Este criterio es de suma importancia y puede incluir técnicas estandarizadas. Se resalta que las mismas no son pruebas diagnósticas y su utilización no es suficiente para realizar el proceso de evaluación.

► **Evaluación de aspectos evolutivos:** Si bien es un criterio que se entrecruza necesariamente con el anterior (evaluación psicodiagnóstica), es importante destacar que deben conocerse y evaluarse los aspectos madurativos del desarrollo infantil contextualizándolos en las particularidades de la vida e historia del NNyA. Esta evaluación está estrictamente ligada a la técnica de observación, aspecto que será abordado más adelante.

Es importante destacar que cualquiera de estos criterios por sí solo no es suficiente para indagar las múltiples determinaciones que pueden presentar las problemáticas de NNyA.

### • **Herramientas diagnósticas**

Para realizar las evaluaciones mencionadas, se presentan a continuación tres herramientas diagnósticas básicas para trabajar en el Primer Nivel de Atención:

► **Entrevistas semidirigidas a referentes vinculares:** es la técnica fundamental del método clínico y constituye la herramienta de mayor valor en el proceso psicodiagnóstico. El objetivo fundamental de la entrevista a referentes vinculares es poder construir la Historia Vital Evolutiva a (H.V.E.) del NNyA, hacer una valoración de los factores del entorno y de las características de la/s persona/s adulta/s referente/s y su vínculo con el/la niño/a. Para esto, es necesario indagar distintas áreas y



etapas del desarrollo: embarazo, parto, lactancia, sueño, motricidad, control de esfínteres, lenguaje, sexualidad infantil, juegos y juguetes, conducta, sociabilidad, humor, salud, eventos importantes de la vida familiar, escolaridad, día habitual y fines de semana. De igual importancia será preguntar sobre aspectos socio-familiares y culturales: estructura familiar, estilo de crianza, relaciones familiares, lugar de residencia, situación socio-económica, entre otros. Asimismo, es fundamental escuchar con atención la preocupación de los padres, y repreguntar cuando aparezcan observables que indiquen señales de alarma en tanto puedan ser factores obstaculizadores, perturbadores o de riesgo para el desarrollo.

#### • **Entrevistas vinculares con NNyA y su/s referente/s vincular/es:**

en estos espacios se abrirá un abanico de posibilidades de expresión para desplegar la comunicación y el vínculo entre los/las participantes. Estas entrevistas nos permiten ir viendo, en el aquí y ahora, la repetición de estilos vinculares, de adjudicación de lugares, de modos de dirigirse a los/las otros/as. En muchas oportunidades se ponen de manifiesto y en acto a través del juego o la conversación en el espacio vincular, aspectos no dichos o no registrados en las entrevistas entre adultos/as.

En el caso de los adolescentes, es importante respetar los principios de intimidad y confidencialidad, entendiendo que puedan no querer compartir el espacio con sus referentes vinculares, ofreciéndoles realizar entrevistas a solas.

#### • **Observación directa de NNyA:**

La observación es el punto de partida para conocer, valorar e intervenir en el proceso de desarrollo de los/as NNyA, en forma sistemática. Aporta datos acerca de las condiciones de existencia que ocurren sin provocar una situación forzada (IODI, 2017). Para observar, tenemos que ver al mismo tiempo que mirar, prestar atención cuidadosa sobre algo o sobre alguien. La observación está ligada a las asociaciones, recortes y juicios que podemos hacer sobre aquello a donde dirigimos la vista. Este fenómeno está sustentado en buena parte en lo que se mira, pero también en la experiencia previa del profesional, en un marco de referencia determinado.

## **La importancia del abordaje en red, la articulación interinstitucional e intersectorial**

La articulación con otros servicios de la red de salud es fundamental para realizar un abordaje integral desde el Primer Nivel de Atención. Muy probablemente, un niño, niña o adolescente que se diagnostique desde dicho nivel y requiera de una derivación asistida, volverá con posterioridad a atenderse al efector de salud de referencia en el Primer Nivel de Atención (centro de salud, posta sanitaria, unidad de atención primaria, etc.), por lo que el sistema de referencia y contrareferencia en estos casos resulta esencial.

De modo complementario, resulta necesario implementar estrategias que permitan a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención contar con un acompañamiento activo por parte de profesionales y equipos especializados en abordajes infanto- juveniles. Es decir, romper las barreras aún existentes en el territorio -simbólicas, económicas, territoriales, referidas a la fragmentación del sistema de salud, etc.-, y garantizar el acceso de la población a las prestaciones de salud especializadas, en los casos que lo requieran. Su implementación puede realizarse a través de dispositivos móviles que tengan presencia territorial de cierta frecuencia, a través de espacios de supervisión presencial y/o virtual, a través de mecanismos de teleasistencia, supervisión y seguimiento, etc.



En este sentido, el Primer Nivel de Atención debe tener una capacidad de respuesta para alojar las problemáticas y detectar de manera temprana siguiendo un criterio claro de derivación y diagnóstico. La confirmación de las hipótesis diagnósticas se realizará en articulación con los equipos especializados en NNYA. Frente a situaciones clínicas que ameriten un abordaje psicofarmacológico, se debe seguir este mismo criterio: articulando con el segundo nivel para la confirmación diagnóstica e indicaciones del tratamiento psicofarmacológico para luego continuar el seguimiento articuladamente con el Primer Nivel de Atención.

Los cuadros clínicos más relevantes presentan especificidades en NNYA que los diferencian de los cuadros de los adultos que se vieron en el módulo anterior, aunque las herramientas farmacológicas suelen ser similares, difiriendo sólo en las dosis y algunas precauciones especiales. Esto se desarrolla en [22. Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir](#).

**Los diferentes niveles del sistema de salud deben establecer criterios comunes en relación a las prioridades y los niveles de complejidad para intervenir, de acuerdo a cada realidad local. Las derivaciones desde el Primer Nivel de Atención hacia el Segundo Nivel de Atención son necesarias, pero no efectivas cuando se convierten en la única intervención. Es necesario establecer que las acciones fragmentadas y desarticuladas de la red de servicios con base comunitaria, puede redundar en respuestas fallidas y expulsivas para las personas.**

Asimismo, es necesario superar la lógica de esperar *“la demanda”* de las personas al efector de salud e implementar acciones de promoción y prevención territoriales. En este sentido, es necesario que los equipos de salud del Primer Nivel de Atención, con el objetivo de promover la identificación y consenso sobre las prioridades de intervención en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Muchas veces, los equipos abocados a la salud mental de NNYA suelen estar distribuidos en otros sectores que no son el sanitario como educación, desarrollo social, justicia, entre otros. Esto puede ser entendido como una debilidad para el sector sanitario ya que los servicios especializados suelen saturarse (con frecuencia por atender demandas de problemáticas prevalentes de baja complejidad). Sin embargo, la distribución de estos equipos en otros sectores representa una oportunidad para desarrollar abordajes intersectoriales

Tal como se menciona al inicio del presente capítulo, el desafío desde el Primer Nivel de Atención es generar un verdadero trabajo articulado con todos los efectores que integran la red sanitaria, pero también lograr que cada vez que un niño, niña o adolescente concurra con un padecimiento mental a un centro de salud, encuentre receptividad desde el equipo de salud, invitando a articular respuestas complejas, creativas e integrales.



## Introducción a las problemáticas frecuentes en Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)

### Introducción

El Primer Nivel de Atención es un ámbito privilegiado para observar y acompañar el desarrollo infanto-juvenil. En este capítulo se presentan algunos aspectos observables a considerar a la hora de hacer una valoración y realizar hipótesis diagnósticas. Los mismos darán un puntapié para indagar factores obstaculizadores (FOD), perturbadores (FPD) y de riesgo (FRD) para el desarrollo (definidos en la unidad I), e intervenir sobre ellos desde un enfoque articulado en red. Asimismo, se realizará un recorrido por algunas de las problemáticas de aparición más frecuentes en la consulta.

### Observables que podrían indicar la presencia de dificultades en los primeros años de vida

Tabla N° 11: <i>Período en los primeros años de vida observables</i>	
<b>Primeros 3 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No mira el rostro de las personas ni los objetos que le mostramos.</li> <li>• No balbucea o emite sonidos como "ajó".</li> <li>• No sonríe</li> <li>• Llora mucho y es muy difícil de consolar</li> <li>• Tiene rechazo al alimento, no se prende bien a la teta o no puede tomar la mamadera, lleva mucho esfuerzo y tiempo su alimentación.</li> </ul>
<b>Entre los 3 y los 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene más de 5 meses y aún no sostiene la cabeza.</li> <li>• No intenta ponerse de costado. No reacciona a los sonidos.</li> <li>• No fija la mirada. No muestra interés en mirar a la cara a otras personas.</li> <li>• Es difícil darse cuenta de sus emociones (alegría, angustia, miedo, etc.)</li> <li>• No emite sonidos. Llora mucho y es difícil el consuelo.</li> </ul>
<b>Entre los 6 y los 9 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene dificultades para buscar con la mirada donde proviene el sonido.</li> <li>• Cuando le llaman por su nombre, tiende a no responder.</li> <li>• Le cuesta mirar en forma sostenida, huye con la mirada.</li> <li>• Es difícil interpretar sus emociones (alegría, miedo, angustia, etc.).</li> <li>• Interactúa poco con las personas.</li> <li>• Tiene más de 8 meses y aún no gira de costado o no logra sentarse por sus propios medios.</li> <li>• No toma objetos o juguetes.</li> </ul>



<b>Entre los 9 y los 12 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cuesta fijar y sostener la mirada durante un tiempo prolongado.</li> <li>• Tiene más de 11 meses y cuando hacemos gestos no los imita (aplauzo, baile, manito, chau).</li> <li>• Se comunica poco o nada con palabras o gestos.</li> <li>• No se desplaza, reptar o gatea.</li> <li>• No responde a su nombre o sobrenombre.</li> </ul>
<b>Entre 12 meses y 18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifiesta poco interés en su entorno.</li> <li>• Lloro frecuentemente y por mucho tiempo, es difícil el consuelo.</li> <li>• No señala para pedir o mostrar.</li> <li>• Tiene más de 20 meses y no camina de forma autónoma</li> <li>• No responde a su nombre.</li> </ul>
<b>Entre los 18 meses y los 2 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifiesta poco interés en su entorno.</li> <li>• Lloro frecuentemente y por mucho tiempo, es difícil el consuelo.</li> <li>• No señala para pedir o mostrar.</li> <li>• Tiene más de 20 meses y no camina de forma autónoma.</li> <li>• No responde a su nombre.</li> <li>• Juega siempre a lo mismo.</li> <li>• Come de forma muy selectiva.</li> </ul>
<b>A partir de los 2 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que no reaccione frente a la separación de la madre.</li> <li>• Que no haya esbozos de lenguaje ni comunicación alguna.</li> <li>• Que no pueda armar juegos imitativos.</li> <li>• Que no diferencie entre lo animado y lo inanimado y, especialmente entre lo vivo y lo inerte.</li> <li>• Que utilice el cuerpo del otro como parte de su cuerpo.</li> <li>• Ansiedad catastrófica frente a modificaciones formales.</li> </ul>
<b>A partir de los 3 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que no intente conectarse con otros/as niños/as.</li> <li>• Que no manifieste curiosidad por lo novedoso.</li> <li>• Que entre en estados de terror con frecuencia.</li> <li>• Que no soporte estar con otro que no sea la madre.</li> <li>• Que no diferencie familiar y extraño.</li> <li>• Que predominen la tristeza y la apatía.</li> <li>• Ausencia de registro de frío, calor, dolor, etcétera.</li> </ul>
<b>A partir de los 4 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el tipo de contacto sea estilo "robot".</li> <li>• Que esté en estado de alerta permanente.</li> <li>• Ausencia de juegos dramáticos (no comprender el "como sí").</li> <li>• Lenguaje confuso, bizarro o ecológico.</li> <li>• Actos estereotipados.</li> <li>• Golpes y accidentes frecuentes.</li> </ul>
<b>A partir de los 5 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que no juegue con otros/as niños/as.</li> <li>• Que confunda fantasía y realidad.</li> <li>• Que no pueda realizar transacciones frente a la frustración.</li> </ul>

Fuente: Janin, B. (2011); Ministerio de Salud de la Nación. Plan 100 días. Corresponsabilidad en la crianza y los cuidados. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/corresponsabilidad-en-la-crianza-y-los-cuidados>

## Fobias y angustias

Desde muy pequeños/as, los niños y las niñas pueden angustiarse y sentir miedo. Para dirimir cuestiones clínicas, es preciso diferenciar la causa y proveniencia y la fase evolutiva en la cual se encuentra la niña o el niño.

El **miedo** es la reacción o actitud ante un peligro que amenaza desde lo real, mientras que la **angustia** está ligada a aquellas amenazas provenientes del mundo interno. Si bien hay diversos aportes y perspectivas teóricas al respecto, importa aquí diferenciar aquello que puede devenir patológico de aquello esperable en el desarrollo. Los miedos están ligados a fenómenos evolutivos, algunos autores los conceptualizan como "**fobias universales**" (Dio Bleichmar Emilce, 1991), ya que producen movimientos estructurantes en el psiquismo. A cada fase del desarrollo le corresponde una situación de peligro específica. Es importante que el/la profesional de la salud esté atento/a a esto para evitar el sobrediagnóstico de estos cuadros en la infancia y adolescencia. Ahora bien, estos miedos pueden persistir a lo largo del tiempo, en estadios donde no serían esperables y allí debe ubicarse una señal de alerta diagnóstica. También puede ocurrir que la angustia se transforme en fobia, como síntoma, entrando en el campo de la psicopatología.

Edad	Desencadenantes Ambientales	Desencadenantes sociales y reacción frente a la separación
<b>0 -1 año</b>	Ruidos fuertes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frente a extraños</li> <li>• Estar solo</li> </ul>
<b>1-2 años</b>	Alturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación (momento de la separación)</li> <li>• Frente a extraños</li> </ul>
<b>2 -5 años</b>	Tormentas Animales Oscuridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separación (Miedo a no volver a ver a la persona de la que se separa)</li> </ul>
<b>6 -12 años</b>	Monstruos Fantasmas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaciones nuevas</li> <li>• Preocupación por su salud</li> <li>• Desempeño escolar y social</li> </ul>
<b>Adolescentes</b>	Exámenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación social</li> <li>• Popularidad</li> <li>• Situaciones nuevas</li> </ul>

*Fuente: Adaptada de Soutello (2011)*

Para realizar un **diagnóstico integral**, la evaluación de estos trastornos debe incluir información de todos los actores significativos del entorno del niño, niña o adolescente: referentes vinculares, profesores/as o maestros/as, talleristas, operadores/as barriales, para valorar el impacto psicosocial, educativo y familiar que el trastorno conlleva.

Al momento de la evaluación es prioritario descartar patologías orgánicas que cursan con síntomas de ansiedad con un minucioso examen clínico. Además, se debe evaluar si los síntomas de ansiedad son secundarios a otro padecimiento mental o a situaciones ambientales desfavorables o de vulneración de derechos para el niño, niña o adolescente tales como maltrato físico y/o psicológico o abuso sexual.



La ansiedad es una respuesta fisiológica esperable, y se vuelve patológica, es decir, se convierte en un “**trastorno de ansiedad**”, cuando:

- *Es excesiva e ilógica para la situación que la causa.*
- *Dura mucho más de lo esperable.*
- *Se provoca por una causa neutra o inofensiva.*
- *Causa un malestar/sufrimiento importante.*
- *Interfiere en la circulación social del NNyA o produce en él/ella conductas de evitación (Soutello, 2011).*

Generalmente la ansiedad se produce debido a la expectativa de que algún evento peligroso o negativo está a punto de ocurrir. Esto genera que el NNyA intente evitar la situación que la provoca. Otros síntomas que aparecen son miedos, angustia o timidez. Algunos/as niños y niñas, especialmente los/as más pequeños/as, suelen tener dificultades para verbalizar estas emociones (Rapee RM, 2012).

**La característica principal de los trastornos de ansiedad es la evitación. Este comportamiento es relativamente constante en los distintos trastornos y la diferencia clave entre los trastornos específicos es el desencadenante de esta evitación.**

**Es importante tener en cuenta las diferencias en las manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad en NNyA comparadas con la de los/as adultos/as.** Algunas diferencias importantes que pueden confundir el diagnóstico son las siguientes: los niños y niñas con trastornos de ansiedad pueden no reconocer que su miedo es irracional, pueden manifestar múltiples y reiteradas quejas somáticas, llanto, irritabilidad y ataques de ira que acompañan con frecuencia los trastornos y pueden ser malinterpretados como oposicionismo o desobediencia, cuando en realidad representan la expresión del miedo o sus esfuerzos por evitar los estímulos que lo provocan.

**Los trastornos de ansiedad constituyen una de las problemáticas de salud mental de mayor prevalencia en NNyA. Provocan un gran impacto en el funcionamiento cotidiano asociándose con problemas a nivel familiar, escolar y social.**

**Es importante tanto la prevención como la intervención temprana ya que estos trastornos no abordados correctamente aumentan el riesgo de padecer otros cuadros psiquiátricos como la depresión y el consumo problemático de sustancias en la adolescencia.**

En este campo de problemáticas pueden clasificarse algunos trastornos prevalentes en NNyA. La CIE-10 los incluye dentro de los apartados:

**1) Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez (F93), entre los más frecuentes se encuentran:**

• **Trastorno de ansiedad de separación en la niñez (edad media de inicio 7-8 años),**

Según la CIE-10 este trastorno se diagnostica cuando el temor a la separación constituye el foco ansiógeno y cuando tal ansiedad aparece por primera vez en los primeros años de la infancia. El trastorno debe aparecer antes de los 6 años y durar al menos 1 mes. Además, no debe existir un trastorno por ansiedad generalizada en la infancia (la ansiedad no se limita a las situaciones de separación), ni alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o trastornos por el uso de sustancias psicoactivas.

- **Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez (edad media de inicio 6-7 años)**, caracterizado por un miedo que adquiere una dimensión patológica, irracional y desproporcionada que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temida. Ocasiona al niño, niña o adolescente un estrés grave, y una alteración en la capacidad de funcionar de la manera esperable en la vida cotidiana.
- **Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia (F94)**, destacándose el mutismo selectivo, el cual se caracteriza por una selectividad marcada y emocionalmente determinada al hablar, de tal manera que en algunas situaciones el/la niño/a demuestra competencia en el lenguaje, pero fracasa en otras situaciones (definidas). El trastorno se asocia habitualmente con características marcadas de la personalidad, que implican ansiedad social, aislamiento, sensibilidad o resistencia. Excluye Esquizofrenia, Mutismo transitorio como parte de la ansiedad de separación en niños pequeños, Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y Trastornos generalizados del desarrollo.

En una edad media de inicio más avanzada podemos encontrar:

- **Trastorno de ansiedad generalizada** (edad media de inicio 10-12 años),
- **Trastorno de ansiedad social** (edad media de inicio 11-13 años),
- **Trastorno obsesivo compulsivo** (edad media de inicio 13-15 años),
- **Trastorno de pánico** (edad media de inicio 22 a 24 años) - Ver módulo IV.

Considerando el **abordaje integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención** el tratamiento será diseñado por el equipo interdisciplinario en cada caso en particular, y dependerá de la gravedad de los síntomas, enfermedades comórbidas, el nivel de desarrollo del niño, niña o adolescente, y la presencia de factores obstaculizadores, perturbadores o de riesgo del desarrollo en los entornos socio-familiares.

Los síntomas de ansiedad en las infancias y las adolescencias muchas veces coexisten con síntomas de depresión, y con frecuencia establecer un diagnóstico claro puede ser complejo. Asimismo, los trastornos de ansiedad pueden ser precursores de los trastornos depresivos, por esta razón se considera importante la detección y tratamiento precoz de los trastornos de ansiedad en la población infanto juvenil, ya que puede ser una estrategia de prevención de la depresión a todas las edades (Rey J M, Bella-Awusah TT, Jing L., 2012).

En primer lugar, se deben indicar **medidas generales no farmacológicas** como, por ejemplo: creación de ritmos y rutinas en la vida cotidiana; apertura de canales de expresión y espacios de participación en actividades lúdicas, artísticas o deportivas; facilitación de un ambiente óptimo para conciliar el sueño u otras estrategias pertinentes luego de contextualizar el malestar.

Dentro de las **intervenciones propuestas** se recomienda el trabajo con referentes vinculares del niño, niña o adolescente para detectar y revertir factores obstaculizadores, perturbadores o de riesgo para el desarrollo; fomentar la comunicación con la escuela y otras instituciones de pertenencia del niño, niña o adolescente (promoviendo condiciones de observación y cuidado) así como generar espacios de psicoterapia individual, grupal y/o familiar.

Las intervenciones no farmacológicas son eficaces y pueden reducir notoriamente los síntomas de ansiedad en las infancias y adolescencias. Sin embargo, hay casos de ansiedad severa que no responden a las intervenciones planteadas previamente, en los que se hace necesaria la prescripción de medicación. Estos casos deberán ser referidos a un/una psiquiatra infantojuvenil del Segundo Nivel de atención que trabajará interdisciplinariamente con el resto del equipo interviniente.



## Dificultades en los procesos de escolarización

Son frecuentes las consultas por dificultades en el aprendizaje escolar. Las mismas suelen girar en torno a las dificultades en la lecto-escritura, a la desatención y la hiperactividad, a la no realización de tareas, al no aprender al ritmo esperado o a la escasa participación en clase.

**El proceso de aprendizaje escolar involucra tanto al niño, niña o adolescente por el que se consulta como a la escuela, al contexto socio-familiar y a las dimensiones socio- históricas.** Es un proceso en el cual se ponen en juego no sólo el deseo (principalmente el deseo de saber), sino también el armado del yo, el sistema de normas e ideales y el vínculo en que acontece. A partir de este marco, es fundamental comprender que las dificultades en el proceso de aprendizaje suelen reconducirse a causas multidimensionales. Dichas dificultades se encuadran en un proceso de desarrollo infantil, el cual no se caracteriza por ser lineal, sino que presenta avances y retrocesos, tal como se desarrolló en la unidad anterior.

Para que una niña o un niño aprenda, debe poder atender, comprender y apropiarse del conocimiento. Al respecto, cabe destacar:

- La **atención** es una función que muchas veces está comprometida por razones intrapsíquicas (conflictos internos, falta de integración yoica, duelos, etc.) pero también por cuestiones intersubjetivas, como por ejemplo situaciones de violencias o abuso. La función no está afectada per se, sino que está invertida sobre otros objetos y/o conflictos.

En relación al *"prestar atención"*, es importante mencionar que la escuela solicita una atención sostenida y prolongada en estímulos que muchas veces no son de interés del NNyA. La época y el sistema educativo entran en una compleja contradicción, ya que las pantallas ofrecen estímulos y requieren una atención muy diferente a la escuela. Es necesario indagar si en otros ámbitos que no son el escolar el NNyA presenta buen desempeño y concentración en áreas que sean de su interés.

- La **comprensión** está ligada a la construcción de cadenas de pensamiento, es decir, poder asociar nuevos conocimientos a saberes previos. La simbolización es fundamental y muchas veces no se alcanzó o bien presenta fallas.
- La **apropiación** tiene que ver con la actividad, con re-crear las palabras para el uso propio. Se contraponen a la posición pasiva, en que el NNyA recibe, pero no puede operar con eso porque no lo metaboliza.

Si alguna de estas funciones está comprometida, el proceso de aprendizaje se verá obstaculizado.

Las dificultades de aprendizaje suelen detectarse frecuentemente entre los 5 y los 12 años.

Arribar a un **diagnóstico integral** implica un proceso que no puede determinarse en una sola consulta ya que son varias las dimensiones a evaluar.

En primer lugar, es fundamental descartar situaciones de violencia, abuso o cualquier otra que detente sobre la vida del niño, niña o adolescente y vulnere sus derechos. Los diagnósticos mal formulados en las infancias muchas veces invisibilizan situaciones de este tipo, derivando en abordajes improcedentes (SENAF, 2018).

Por otro lado, numerosas investigaciones dan cuenta que la participación de la familia y la escuela en el proceso educativo es un factor fundamental para que el niño o niña pueda aprender. En este sentido, es importante que el proceso de construcción de una hipótesis diagnóstica incluya a los referentes vinculares y a los actores intervinientes en la institución educativa: ¿quién solicita la consulta?; ¿qué observan?; ¿en qué aspecto del aprendizaje detectan dificultades?; ¿cómo miran a ese niño/a?; ¿qué estrategias utilizaron?; ¿cuáles fracasaron?; ¿qué pronóstico hacen de su trayectoria escolar?



A partir de estos interrogantes es importante considerar los mecanismos psíquicos y las dinámicas vinculares que puedan interferir en el proceso de aprendizaje. De igual modo, en la evaluación es necesario descartar condiciones orgánicas que pueden causar o agravar la dificultad, como pueden ser hipertiroidismo, epilepsia o consumo de alcohol o drogas.

Es importante considerar también el nivel de gravedad de la sintomatología, desde falta de atención en la escuela y dificultades para sostener actividades o mantenerse sentado, hasta conductas agresivas reiteradas, niveles excesivos de peleas escolares, conductas desafiantes y agresivas persistentes.

En la CIE-10 estas problemáticas pueden clasificarse dentro de los *Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares (F81), como así también incluirse entre algunos de los Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia*, tales como Trastornos hiperkinéticos (F90), Trastornos de la conducta (F91), entre otros.

Se realiza a continuación una breve descripción de estos últimos dos trastornos en tanto son un motivo de consulta frente en el Primer Nivel de Atención.

Dentro de los **Trastornos hiperkinéticos** la CIE-10 ubica la Perturbación de la actividad y de la atención, desglosando en: **Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad**. Se caracterizan por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas a otros observables no esperables para el momento evolutivo. Se presentan a menudo aspectos impulsivos e imprudentes, con propensión a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias. Sus relaciones con adultos/as son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución esperables. Se observan dificultades en la inclusión social entre pares. Es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

El segundo grupo de trastornos más frecuentes se refiere a los **Trastornos de conducta**. Se caracterizan por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Entre ellos se pueden ubicar a los trastornos de la conducta limitado al contexto familiar, trastorno de la conducta insociable, trastorno de la conducta sociable, trastorno opositor desafiante, entre otros. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de alteración de la conducta socialmente esperada para la edad del niño, niña o adolescente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otros padecimientos mentales, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente.

Cualquier diagnóstico que se formule debe promover intervenciones que se centren en la **subjektivación** de esa niña o niño y no en el déficit.

Para un abordaje integral a realizar desde el Primer Nivel de Atención es importante que las intervenciones sean acordadas en el marco de una red de actores e instituciones, partiendo desde la singularidad del niño entendiendo que se deben considerar todos los factores involucrados en el proceso de escolarización del NNYA.

En relación al vínculo con la institución escolar, es necesario que el equipo de salud pueda establecer una comunicación fluida con el objetivo de articular **estrategias inclusivas tal como lo establece la normativa vigente**<sup>28 - 29</sup>. Es importante considerar que la **responsabilidad no se enfoque únicamente en la persona que presenta la dificultad sino también en las condiciones en las que acontece el proceso de enseñanza-**

<sup>28</sup> Ley N° 26.206 de Educación Nacional. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=90F453DA75397E14299B3BF95887D213?id=123542>

<sup>29</sup> Resolución Consejo Federal de Educación N° 311/16. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res-311-cfe-58add7585fbc4.pdf>



**aprendizaje. Entre dichas condiciones deben estar presentes la apuesta y la confianza en el niño, niña o adolescente, en la/el docente a cargo y en una propuesta pedagógica oportuna.**

En relación al contexto socio-familiar, es imprescindible **acompañar y apoyar a la familia** ofreciendo intervenciones oportunas que favorezcan los factores protectores para el niño o niña.

En relación al NNyA, se debe ofrecer un espacio que ponga a disposición un abanico de **modos para desplegar y elaborar su malestar** según la edad cronológica y el momento del desarrollo donde se encuentre - ya sea el juego, la palabra o cualquier expresión gráfica o de otro tipo -.

El abordaje puede ser conducido desde el Primer Nivel de Atención, articulando con los especialistas cuando fracasan las intervenciones mencionadas o en caso de agravamiento de la sintomatología en el tiempo.

No deben utilizarse a priori medicamentos para tratar los problemas de conducta en el PNA. Es importante consultar con un equipo interdisciplinario que incluya psiquiatría infanto juvenil, siguiendo el criterio propuesto en el capítulo 19. Introducción a las problemáticas de Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes y el anexo incluido en el presente módulo

Finalmente, cabe destacar que en nuestro país está declarado de interés nacional el abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan Dificultades Específicas del Aprendizaje por la Ley N° 27306.

## Otras situaciones específicas en la consulta en el Primer Nivel de Atención

### Control esfinteriano: enuresis y encopresis.

La adquisición del control esfinteriano depende de la indemnidad del sistema anatomofisiológico y requiere de tiempo de maduración. La falla de ese control para el sistema urinario se denomina enuresis y para el sistema digestivo, encopresis.

Para realizar un **diagnóstico integral**, debemos entender las alteraciones en un contexto global, para lo cual remitimos nuevamente al IODI, referido en el capítulo anterior. De esta manera, si el hallazgo de enuresis o encopresis se ve acompañada de otros desfasajes en las adquisiciones evolutivas, entonces se vuelve necesario un diagnóstico más completo. Sólo hablaremos aquí de enuresis y encopresis cuando son detectadas de forma única sin otro parámetro alterado. También conviene descartar otras causas menos frecuentes como epilepsia o trastornos neurometabólicos.

Los trastornos del control esfinteriano pueden dividirse en primarios, cuando el niño o la niña no logra el control en los intervalos de tiempo esperables para su edad, y secundaria, menos frecuente, que consiste en un retroceso luego de ya haber logrado controlar la micción o la defecación. También pueden caracterizarse como enuresis/encopresis diurna, nocturna o combinada (la enuresis nocturna es la más frecuente), y como cotidiana o episódica (esto es, intermitente con largo períodos sin el síntoma). En cuanto al momento de aparición de los síntomas puede establecerse que:

- a. *Hasta los 3 años, el hecho no debería llamar la atención del observador;*
- b. *Entre los 3 a 4 años la falta de control esfinteriano resulta de muy difícil calificación, debiendo diagnosticarse en el contexto evolutivo general del sujeto.*
- c. *A partir de los 4 y más años, la enuresis y la encopresis ya podrían considerarse un síntoma.*

Según la CIE-10 estos trastornos se clasifican dentro de *Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F98)*.

Es muy importante destacar el componente emocional que suele acompañar a los trastornos del control esfinteriano. Ante una indagación sencilla se puede obtener información del impacto reciente de situaciones tales como separación de los padres, algún evento de duelo o pérdida en el entorno cercano, etc. De particular significancia y más difícil diagnóstico resulta la asociación con eventos traumáticos como puede ser el abuso sexual infantil o el maltrato infantil (Silvia Chejter, 2018)

Por lo antedicho debemos destacar que el abordaje farmacológico no suele emplearse salvo casos fisiológicos de insuficiencia de los músculos del esfínter, debiendo realizar un **abordaje integral desde el Primer Nivel de Atención** de las diferentes problemáticas, ya referidas al desarrollo en general o a la esfera psicosocial, con importancia de un seguimiento psicoterapéutico.

### Problemáticas de la alimentación en Niños, Niñas y Adolescentes

Las problemáticas en la alimentación en NNyA deben ser pensadas dentro del contexto individual, familiar y social. Son un conjunto de síntomas y signos que responden a distintas estructuras psicopatológicas. Las más frecuentes en este grupo etario son la anorexia nerviosa y la bulimia.

La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo.

En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado.

Algunas conductas de los y las adolescentes que presentan anorexia o bulimia pueden ser el pensar excesivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, estar pendientes continuamente de su imagen corporal y preocuparse excesivamente en cómo son vistos por los otros/as. Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor. Cabe mencionar que estas conductas pueden responder a mandatos socio-culturales. Sin embargo, se entra en el campo psicopatológico cuando la imagen corporal de sí está distorsionada y no corresponde a la realidad. Las problemáticas de la alimentación son en general más frecuentes en mujeres. El imaginario cultural respecto al cuerpo femenino y los criterios normativos de belleza, ocasionan una mayor vulnerabilidad de las chicas ante este tipo de trastornos.

A la hora de realizar un **diagnóstico integral** se debe tener presente que el mismo no se debe reducir a una serie de exámenes médicos o de laboratorio, sino que debe llevarse a cabo teniendo en cuenta la variedad de factores que influyen en la aparición de la problemática y de su desarrollo. Especialmente en este grupo etario se requiere de una escucha cuidadosa y personalizada y de cierta plasticidad.

En la CIE 10, estas problemáticas se ubican mayoritariamente entre los Trastornos de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez, y la Anorexia nerviosa y otros trastornos de la ingestión de alimentos.

Debido a la interrelación de diversos factores en las problemáticas en la alimentación tales como los sociales (imaginario social de belleza e imagen), el estigma, los aspectos familiares/contextuales, las alteraciones en los vínculos, la vulneración de derechos, las violencias, las problemáticas de salud mental y otras patologías



concomitantes es fundamental el **abordaje interdisciplinario e integral** de las mismas por equipos de pediatría/ clínica, nutrición y salud mental; entre otros.

Si bien es habitual que apenas aparezca la sintomatología, no se presenten obstáculos para el desempeño en contextos familiares y escolares, es importante esta alerta a los posibles efectos de estas problemáticas en la salud presentando diversos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos que producen diferentes complicaciones clínicas.

Al igual que en el resto de las problemáticas, se deben priorizar los abordajes ambulatorios a menos que mediere una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. El riesgo puede estar dado en esta problemática por la situación clínica u orgánica del NNyA, como por ejemplo la negativa irreductible a la ingesta; la deshidratación o por su situación psíquica, como por ejemplo presencia de autolesiones o ideas suicidas.

El abordaje debe incluir psicoterapia individual, familiar y/o grupal; apoyo y acompañamiento a los referentes afectivos y diálogo y cooperación constante con la institución escolar a la que asiste el niño, niña o adolescente.

## Introducción a las problemáticas graves en Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA)

Como se ha mencionado en el capítulo 19. Introducción a las problemáticas de salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes, es muy importante detectar de manera temprana eventuales problemáticas para poder acompañar los procesos de la estructuración de la subjetividad e intervenir oportunamente. Sin embargo, el proceso de detección y diagnóstico no debe orientarse a identificar patologías que a su vez sean consideradas como cuadros estancos e inmodificables.

Las problemáticas que afectan la salud mental de NNyA pueden adquirir carácter de gravedad cuando se sostienen en el tiempo, dificultan la relación de ese/a niño/a o adolescente con sus familiares y/o pares y perturban la vida cotidiana y de su entorno

### Trastornos del espectro autista (TEA)

Se agrupan bajo este nombre un conjunto de problemáticas **complejas debido a su multideterminación y a las dificultades de interacción que presentan estos/as NNyA con el mundo que los/las rodea** (socio-familiar, escolar, etc.). Esto implica que se plantean grandes desafíos a la hora de realizar diagnósticos y abordajes, debiendo contemplar variables psico-sociales, culturales, familiares, orgánicas, evolutivas.

El inicio de estas problemáticas se produce en la infancia y obedece a fallas muy tempranas en la estructuración de la subjetividad. Históricamente se describió como un síndrome completo, con una serie de características relacionadas a las **dificultades para la interacción social y la comunicación**, y más tarde se detalla el concepto de espectro. Esto implica que algunos/as niños/as presentaron signos, síntomas y rasgos de autismo que no conforman el síndrome completo descrito originalmente. Por ello, y por otras caracterizaciones de trastornos en la socialización, **es que hoy se habla de "espectro" de trastornos**<sup>30</sup>.

Se presenta a continuación una breve descripción general de los cuadros de mayor frecuencia de presentación ubicados en el apartado Trastornos generalizados del desarrollo (F84) de la CIE-10:

### Autismo en la niñez

Como síndrome "**completo**" es caracterizado por una serie de síntomas basados en la tríada de alteraciones **de la interacción social recíproca, la comunicación y el comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo**.

Son marcadas las dificultades para la conexión con el mundo que los/las rodea. El lenguaje verbal y gestual no presentan un uso social o comunicacional. Esto se evidencia como problemas para sostener una conversación fluida o un intercambio sostenido de gestos, como sordera aparente, evitación de la mirada con otra persona, ausencia de mímica y gestos de llamada e insensibilidad a las estimulaciones auditivas y rigidez ante los cambios. También son frecuentes las alteraciones del lenguaje como las ecolalias -repetición de fonemas sin sentido o intencionalidad- y la presencia de conductas estereotipadas como pueden ser rutinas de movimientos no funcionales como por ejemplo el aleteo.

### Síndrome de Asperger

Constituye el segundo trastorno en relación a la frecuencia. Se diferencia del autismo fundamentalmente porque no se presenta un retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje (esperable o con alteraciones leves: literalidad en la comprensión y prosodia en la expresión) o del desarrollo intelectual.

<sup>30</sup> En nuestro país existe la Ley Nacional N° 27.043 que sanciona de Interés Nacional el Abordaje Integral e Interdisciplinario de las Personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/240000-244999/240452/norma.htm>



La CIE-10 lo ubica como un trastorno de dudosa validez nosológica, y lo caracteriza con el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca del autismo. Asimismo, identifica un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo.

La **detección precoz de este grupo de trastornos** encuentra un escenario ideal en el Primer Nivel de Atención, ya que es en el control de niño/a sano/a donde suelen encontrarse los primeros indicios de alguna dificultad en el desarrollo, tal como se mencionó en el capítulo 19. Introducción a las problemáticas de salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes.

**El pronóstico será más favorable cuanto antes se detecte la problemática y cuanto más adecuadas sean esas intervenciones tempranas.**

El diagnóstico temprano permite que el equipo de salud pueda brindar a los/as referentes afectivas orientaciones para comprender mejor lo que le sucede al/a la niño/a y acompañarlos/las de la mejor manera posible. Asimismo, es importante brindar apoyo a dichos/as referentes, habilitando una participación activa en el tratamiento.

**Retomando lo trabajado previamente, hay tres pilares para realizar el proceso diagnóstico: la evaluación de aspectos sociales-familiares y culturales, la evaluación psicodiagnóstica y la evaluación de aspectos evolutivos**

Entre las técnicas estandarizadas para la evaluación psicodiagnóstica hay una serie de test que pueden aparecer bajo diferentes nombres: de pesquisa, sospecha, **tamizaje o screening**<sup>31</sup>. Son, en su mayoría, cuestionarios que completan los/as referentes vinculares, posteriormente puntuados por un/a profesional. Cabe destacar que pueden resultar **“positivos”** en niños/as sin trastorno, y por eso es un error usarlas como único instrumento diagnóstico: usar una herramienta para una práctica para la que no fue creada constituye un error que, además, suele desembocar en un fenómeno de sobrediagnóstico y/o patologización. Dichos test serán válidos para el proceso diagnóstico en tanto se contemplen junto con las otras evaluaciones.

Si bien la reformulación de algunas clasificaciones diagnósticas hacia los Trastornos del Espectro Autista favorece la detección precoz de la problemática, es necesario que el equipo de salud esté advertido de que se puede incurrir en un error diagnóstico si no se realiza una evaluación integral.

**El sobrediagnóstico presenta graves consecuencias, no solo en la vida psicoemocional del niño o niña, sino también en los entornos donde transcurre su vida. Identificar a un niño, niña o adolescente con un diagnóstico por sobre los aspectos subjetivos puede producir en el entorno familiar y escolar una extrañeza y estigmatización que suelen ser contraproducentes para el acompañamiento y pronóstico del mismo.**

Por último, cabe mencionar que en algunos casos el autismo es un componente más dentro de un cuadro genético complejo, por ejemplo, fenilcetonuria, o de síndromes como X Frágil, Prader Willi, hipomelanosis de Ito, Neurofibromatosis tipo 1, enfermedad de Duchenne, entre otras. Merece destacarse que estos casos sumados entre sí no alcanzan al 10% del total.

Los **abordajes interdisciplinarios e intersectoriales** con una perspectiva comunitaria resultan prioritarios.

<sup>31</sup> Se cuenta con dos instrumentos desarrollados en Argentina: el PRUNAPE, (Prueba Nacional de Pesquisa), y el IODI (Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil), siendo herramientas de pesquisa general del desarrollo infantil. Existen a su vez instrumentos de pesquisa específica de TEA, como por ejemplo el M-CHAT (Robins et al., 2001), el Q-CHAT (Allison et al., 2008), el CSBS-DP (Wetherby y Prizant, 2001), que sirven para identificar aquellos niños con riesgo de tener un TEA.

**No hay un método único de tratamiento y la estrategia terapéutica debe ser situada e integral y debe favorecer la participación del niño, niña o adolescente, de sus referentes afectivos y de otras personas involucradas en su vida**

Una vez realizado el diagnóstico situacional y contemplando la red comunitaria y familiar, se evaluará la necesidad de articular con el Segundo Nivel de Atención. La derivación no debería ser pensada en relación a una especialidad determinada (psiquiatría, neurología, trabajo social), sino a un **equipo interdisciplinario de salud mental, integrado por diferentes especialidades/disciplinas**.

Se establece como prioridad que los **tratamientos sean intensivos y diversos en materia interdisciplinaria**. En cualquier caso, es importante que en el Primer Nivel de Atención se continúe con el seguimiento del NNYA y sea un punto de referencia para la construcción de la red con todos los actores intervinientes en la estrategia terapéutica.

**Complementando lo anterior, es importante destacar que no existe un abordaje psicofarmacológico específico que actúe en la etiopatogenia de estos trastornos, por lo cual en los casos en que sea necesario usar medicación, la misma estará indicada en función de síntomas agregados o comorbilidades. Por ejemplo, está probada la eficacia de la risperidona y del aripiprazol para los síntomas de irritabilidad dentro del contexto de un autismo.**

A nivel educativo, se debe fomentar la inclusión en la enseñanza común y la implementación de dispositivos de apoyo a fin de lograr el máximo nivel posible de inclusión, según establece la normativa vigente<sup>32-33</sup>. Los profesionales de la salud mental que se desempeñen en otros sectores como Educación o Protección de Derechos del NNYA deben trabajar de manera articulada ya que las respuestas fragmentadas suelen ser ineficaces.

Por último, es importante resaltar el rol de los/las referentes afectivos en los abordajes, incorporándolos activamente intentando fomentar la asociatividad entre ellos/as -no necesariamente familias con hijos/as con el mismo diagnóstico-, para afianzar el compromiso con la situación problema, encontrar un apuntalamiento y ser partícipes activos en los tratamientos de sus hijos/as. Además, se estimula a que los y las profesionales capaciten a los/las adultos/as convivientes sobre cómo se realiza determinada estimulación o rehabilitación, pues en el ámbito del hogar es posible mediante el juego fortalecer muchos aspectos de la interacción que cada tratamiento aborda.

## Psicosis infantiles o de inicio temprano

Las psicosis de inicio en la infancia son trastornos severos en la estructuración subjetiva. Al igual que el resto de las psicosis, suelen requerir tratamiento por tiempo prolongado y con intervenciones interdisciplinarias de mayor intensidad. Se debe ser muy cuidadoso al utilizar cualquier diagnóstico de esta categoría en NNYA, por la movilidad clínica que suelen tener sus presentaciones y por el impacto en todas las instancias de la vida del sujeto. Como ya se señaló, **los diagnósticos en las infancias y adolescencias son siempre presuntivos y nunca definitivos**.

La epidemiología de la psicosis en NNYA no ha sido suficientemente estudiada. La esquizofrenia de inicio muy precoz (EIMP), que se desarrolla antes de los 13 años, es de aparición poco frecuente (0,1% con una relación de varón-mujer 2:1). En la esquizofrenia de inicio precoz (EIP), aquella que tiene inicio antes de los 18 años, la tasa de aparición es similar a la de adultos (1%)<sup>34</sup>, y a medida que aumenta la edad tiende a igualarse la diferencia entre sexos.

<sup>32</sup> Ley N° 26.206 de Educación Nacional. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=90F453DA75397E14299B3BF95887D213?id=123542>

<sup>33</sup> Resolución Consejo Federal de Educación N° 311/16. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res-311-cfe-58add7585fbc4.pdf>

<sup>34</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. Lambert LT: Identification and management of schizophrenia in childhood. JChild Adolescent Psychiatry Nurs 2001.



**El diagnóstico siempre es clínico, y requiere de una evaluación interdisciplinaria.** Ante la sospecha de un diagnóstico de trastorno psicótico en NNyA, siempre se debe realizar derivación a un equipo especializado. No existen actualmente categorías diagnósticas específicas dentro de los manuales internacionales. En la práctica clínica, se utilizan criterios para adultos sin perder de vista que durante las infancias y adolescencias existen peculiaridades en la detección, evaluación y tratamiento del trastorno psicótico.

La detección de síntomas psicóticos en niños y niñas (alucinaciones, alteración del pensamiento, ideación delirante) suele resultar difícil y extremadamente infrecuente en los primeros años de vida, sobre todo si no han desarrollado aún lenguaje. En ocasiones los y las niñas pueden presentar alteraciones perceptivas no psicóticas debidas a otros trastornos más frecuentes en las infancias.

En la EIMP, el comienzo suele ser insidioso y crónico, con presencia de síntomas prodrómicos como hiperactividad, dificultad en la concentración, deterioro escolar y en la relación con pares, alteración de la conducta, inestabilidad del humor y síntomas relacionados a problemas de desarrollo (psicomotor, lenguaje, etc). Las alteraciones sensorio-perceptivas suelen ser alucinaciones auditivas de carácter simple, y no suelen aparecer antes de los 7 años. Los subtipos de esquizofrenia catatónica y los delirios sistematizados son extremadamente infrecuentes en esta etapa de la vida.

En la EIP, el comienzo puede seguir los patrones de la EIMP, aunque en ocasiones puede desencadenarse de manera aguda luego de situaciones de estrés físico o psicosocial.

En el **abordaje integral** de un/a niño/a o adolescente con trastorno mental severo, y en el marco de la Atención Primaria de la Salud debe ser prioritario el trabajo integral con todos los actores que están involucrados en la vida del niño, niña o adolescente (familia, instituciones educativas, recreativas, de salud, etc.).

Una vez realizado el diagnóstico situacional y contemplando la red comunitaria y familiar, se evaluará la necesidad de articular con el Segundo Nivel de Atención y los equipos interdisciplinarios especializados. A nivel escolar, se debe promover que los/as NNyA con estos diagnósticos puedan concurrir a las escuelas de nivel, con la modalidad o dispositivos de apoyo necesarios, tal como establece la normativa vigente<sup>35-36</sup>.

El seguimiento debe estar destinado a evaluar permanentemente el estado del niño, niña o adolescente; tanto su situación clínica y su contexto socio-familiar, como la presencia de eventuales efectos adversos vinculados a la medicación (aumento de peso, hipotensión, rigidez y otros síntomas extrapiramidales).

Los/as NNyA que no presenten descompensaciones clínicas graves, podrán tener un seguimiento desde el Primer Nivel de Atención a través de una adecuada articulación con el equipo especializado por el dinamismo propio de este cuadro.

## Bipolaridad

Como ocurre con otros padecimientos de la esfera de la salud mental y sobre todo en NNyA, es importante tener cautela al momento de diagnosticarlos/las bajo la esfera del trastorno bipolar ya que siempre se requiere de una cuidadosa evaluación por parte del equipo interdisciplinario. Debemos señalar que un **inicio puberal o anterior es infrecuente**, aumentando la prevalencia en adolescentes o adultos jóvenes.

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios anímicos polares que fluctúan entre sí, depresión y manía o hipomanía (Ediciones científicas APAL, 2011). El diagnóstico es complejo y es necesario tener en cuenta que, si bien se utilizan criterios diagnósticos para adultos, existen diferencias en la fenomenología y

<sup>35</sup> Ley N° 26.206 de Educación Nacional. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=90F453DA75397E14299B3BF95887D213?id=123542>

<sup>36</sup> Resolución Consejo Federal de Educación N° 311/16. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res-311-cfe-58add7585fbc4.pdf>



la presentación clínica en NNyA y es controvertido el diagnóstico antes de los 13 años (Soutello Esperón, C y Mardomingo Sanz M. J, 2010).

En la evaluación inicial se debe descartar la presencia de causas orgánicas como enfermedades infecciosas, endocrinológicas, neurológicas, autoinmunes, neoplasias, déficits vitamínicos. También pueden ser secundarios al uso de sustancias psicoactivas (Soutello Esperón, C y Mardomingo Sanz M. J, 2010).

En relación a los episodios maníacos, se describen como presentación según orden de frecuencia:

- *Aumento del nivel de energía.*
- *Distractibilidad.*
- *Presión del habla.*
- *Irritabilidad.*
- *Grandiosidad.*
- *Pensamiento acelerado.*
- *Disminución de la necesidad del sueño.*
- *Euforia o humor elevado.*
- *Pobre capacidad de juicio.*
- *Fuga de ideas.*
- *Hipersexualidad.*

**Se considera la irritabilidad como uno de los síntomas característicos, diferenciándose de la que presentan NNyA con depresión o ansiedad**, porque no suele estar relacionada a un desencadenante o este es mínimo, y puede estar acompañada por episodios de agresividad y alteraciones del sueño.

En adolescentes suelen ser frecuentes las ideas de suicidio y los síntomas psicóticos, sobre todo alucinaciones, motivo por los cuales es frecuente que el o la adolescente llegue a consultar a una guardia. Debido a esta severidad en la presentación, el diagnóstico diferencial fundamental debe hacerse con los trastornos psicóticos.

En ambos casos el Primer Nivel de Atención suele recibir al adolescente ya diagnosticado por un equipo especialista luego de la estabilización del cuadro, siendo menos frecuente que la detección se haga en ese nivel.

También pueden ser habituales en esta edad, los episodios mixtos, con irritabilidad, depresión e impulsividad, así como un patrón de *“ciclado”* (pasaje de un episodio depresivo a maníaco o viceversa) complejo, ya que pueden tener un curso continuo (no episódico) o por el contrario un patrón de ciclado más rápido que en los adultos.

## Discapacidad Intelectual

La discapacidad intelectual (DI) es un amplio grupo dentro de las problemáticas con inicio durante las infancias. Los NNyA con discapacidad intelectual presentan una ejecución disminuida en los test de inteligencia y en los aprendizajes escolares, y muestran competencias de autonomía menores que sus pares.

**Paradigmas anteriores realizaban evaluaciones diagnósticas y abordajes centrados en el déficit. El paradigma actual basado en la capacidad se enfoca en los requerimientos de apoyos específicos <sup>37-38</sup>.**

<sup>32</sup> Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Artículos. 3, 5, 8 y 42. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

<sup>38</sup> Ley 26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 12. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>



Es importante al realizar el **diagnóstico integral** tener en cuenta que las personas con discapacidad intelectual pueden presentar además cualquier otra problemática o padecimiento mental. Esto quiere decir que no se debe atribuir toda manifestación clínica a la DI. Un adecuado diagnóstico diferencial evita que el diagnóstico de DI eclipse otras determinaciones como crisis vitales, conflictos interpersonales, entre otros. Dado que el diagnóstico puede ser estigmatizante, es necesario que las intervenciones socio- sanitarias promuevan y fomenten la inclusión.

Si bien hay infinidad de causas, muchas personas presentan DI por déficits en el desarrollo del sistema nervioso central por desnutrición y/o falta de estimulación en los primeros años de vida.

En paradigmas clásicos, la evaluación diagnóstica se centraba en el Cociente Intelectual (CI), clasificando a la DI en leve, moderada o severa, conforme a limitaciones cognitivas evidenciables en test de inteligencia. Estos criterios sesgados resultan altamente estigmatizantes e insuficientes. Asimismo, se consideran poco útiles para evaluar las habilidades adaptativas o el grado de autonomía e inclusión social.

Es relevante analizar la **capacidad adaptativa en la vida cotidiana y los apoyos necesarios para fortalecer los niveles de autonomía e inclusión.**

Se entiende la discapacidad intelectual como efecto de la interacción entre las capacidades y limitaciones de la persona con el medio ambiente. El nivel de funcionamiento de la persona se mide con los apoyos que necesite para su desempeño cotidiano; no sin ellos.

Para el abordaje integral es importante favorecer factores protectores, la inclusión social, las oportunidades de participación, atendiendo la singularidad y complejidad de la situación, sosteniendo el trabajo interdisciplinario, intersectorial, con perspectiva de derechos y basado en la comunidad.

La familia, los/as amigos/as, las redes de pertenencia, los servicios disponibles para la población general (clubes, centros culturales, etc.) son ámbitos que favorecen la inclusión.

La implementación de **sistemas de apoyo para los/as NNyA** es la modalidad de intervención principal referida a la implementación de acciones inclusivas planificadas y personalizadas que operen como puente entre las capacidades y limitaciones de una persona y una comunidad, conforme a la legislación vigente.

## Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencia para prescribir

Los abordajes psicofarmacológicos, incluso ante diagnósticos de severidad, no siempre son necesarios. En situaciones en que los abordajes psicosociales por sí solos no resultan eficaces y en casos con sintomatología severa, debe evaluarse la pertinencia de iniciar este tipo de abordaje por parte de un equipo especializado. Este tipo de consultas en ámbitos institucionales especializados debería reservarse para situaciones puntuales, evitando derivaciones innecesarias que dificultan la continuidad de la atención.

Toda indicación farmacológica debe:

- Ser parte de un plan integral de abordaje (interconsulta clínica, abordaje familiar, psicoterapia, apoyo escolar o laboral, articulación entre instituciones e intervinientes, etc.)
- Ser lo más simple posible con el fin de propiciar la adherencia terapéutica
- Minimizar los efectos adversos y brindar información al respecto a NNyA y su familia
- Tener un objetivo preciso
- Contar con reevaluaciones periódicas para evaluar eficacia en función de los síntomas-blanco específicos, pertinencia de su continuidad, necesidad de modificaciones
- Estipularse por un tiempo definido.

El seguimiento de cualquier NNyA que se trate por cualquiera de los diagnósticos mencionados en el presente módulo puede realizarse desde el Primer Nivel de Atención. En función de la severidad requerirá de una comunicación continua entre los profesionales de equipos intervinientes de cada nivel. Una reevaluación por el equipo especializado debe realizarse al menos trimestralmente en casos como psicosis infantil, o cada vez que surja la necesidad ante modificaciones sintomáticas con la misma dosis administrada de forma estable.

Consideraciones sobre el uso de psicofármacos en NNyA

Como generalidad diremos que se usan los mismos fármacos que en adultos, adaptando la dosis por kilo de peso o superficie corporal. En el caso de adolescentes, las dosis máximas pueden ser similares a las de los adultos cuanto más alto sea el peso del joven. Otra consideración es que el metabolismo de NNyA suele ser más rápido que en el adulto, por lo que es común requerir dosis menos espaciadas durante el día para la misma dosis diaria total.

A continuación, se diferencian según grupo farmacológico:

### Antipsicóticos

Serán de primera elección los antipsicóticos atípicos por sobre los antipsicóticos típicos. Los primeros presentan un mejor perfil de efectos adversos comparados con los segundos. Los antipsicóticos típicos son de última elección por la mayor frecuencia de efectos extrapiramidales, de efectos deficitarios de retracción emocional, pérdida de memoria, dificultades en la concentración que agravan la discapacidad de base.



Enunciamos una lista de los antipsicóticos con uso más extendido en infancia y adolescencia:

- *Antipsicóticos atípicos: risperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina.*
- *Antipsicóticos típicos incisivos: haloperidol.*
- *Antipsicóticos típicos sedativos: levomepromazina, prometazina*

Risperidona y aripiprazol están aprobados para el manejo de la impulsividad y las autoagresiones cuando ocurren en el trastorno del espectro autista. En caso de no existir dicha sintomatología, los/as NNyA con ese diagnóstico no deberían recibir fármacos por no existir en el autismo ningún síntoma nuclear del cuadro que sea blanco de psicofármacos (lo que significa que la retracción, el aislamiento y síntomas afines no mejoran con medicación sino con estimulación y abordajes terapéuticos no farmacológicos).

Los antipsicóticos típicos pueden presentar efectos adversos como aumento de peso, hipotensión, aumento del intervalo QT, rigidez y otros síntomas extrapiramidales (en menor frecuencia e intensidad que los típicos). Dentro de las alteraciones metabólicas es común la hiperprolactinemia, con galactorrea y ginecomastia. El aripiprazol es, dentro de los atípicos, el que produce menor proporción de estos efectos metabólicos.

### **Benzodiazepinas**

Su uso es restringido dado que es más frecuente el efecto paradójico (con irritabilidad y agresividad) en NNyA con diagnósticos de salud mental que en población adulta; además de otros efectos adversos sobre la memoria, la tolerancia, y la dependencia, que ya se han mencionado en otros apartados

### **Antidepresivos**

Existe una advertencia sobre el uso de antidepresivos que podrían aumentar los pensamientos suicidas en NNyA, en particular con la paroxetina. La depresión en estas edades no suele tener la presentación clásica del adulto y a veces el cuadro puede ser confuso. Se recomienda no iniciar tratamiento con antidepresivos desde el primer nivel de atención sin antes hacer intervenir al equipo especializado.

### **Estabilizantes del estado del ánimo**

Se trata de fármacos usados en NNyA por su perfil de seguridad, sobre todo los que tienen años probados como antiepilépticos (carbamazepina, divalproato). Tienen un efecto anti impulsivo y estabilizador del humor para cuadros como la bipolaridad.

### **Estimulantes**

El metilfenidato es un estimulante usado con frecuencia en niños con diagnóstico de trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad ya que mejora el rendimiento atencional y la inquietud motora. No debe usarse en menores de 6 años. Presenta un perfil de efectos adversos a tener en cuenta como por ejemplo insomnio, aumento de la presión arterial, anorexia. Puede incluir retraso del crecimiento con el uso prolongado. Se trata de una sustancia de posible consumo abusivo y por eso debe ser discontinuada en pacientes que presentan perfil de consumo problemático.

# Glosario

## ■ Abordaje psicosocial

*Perspectiva aplicada que busca promover procesos de intervención social-comunitarios. Está enmarcada en el respeto por los derechos humanos de las personas, al tiempo que busca la participación, el empoderamiento y la toma de decisiones por parte de estas. El equipo interdisciplinario configura la estructura desde la cual se interviene (Blanco, 2007)*

### **AIVD**

*Actividades Instrumentales de la Vida Diaria*

### **APD**

*Años perdidos por discapacidad*

### **ASSIST**

*Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).*

## ■ Atención Primaria de la Salud

*De acuerdo a la Declaración de Alma Ata (1978), es la asistencia sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptable, accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ello, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.*

### **AVAD**

*Años de vida ajustados por discapacidad.*

### **AVD**

*Actividades de la Vida Diaria.*

## ■ Buenas prácticas en Salud Mental y adicciones

*Se consideran buenas prácticas en Salud Mental y adicciones a las siguientes: a) iniciativas que estén dirigidas al desarrollo de redes comunitarias; b) innovaciones que constituyan aportes al modelo comunitario de atención; c) haber contribuido a resolver las situaciones problemáticas que dieron origen a dichas prácticas; d) contar con un cúmulo suficiente de evidencias sobre los resultados logrados; e) haber generado un impacto positivo en los usuarios/beneficiarios de la misma (Tomado de: Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018).*

## ■ Búsqueda Activa

*Hace referencia a las acciones desarrolladas por integrantes del centro de salud para la identificación de población con algún tipo de riesgo sanitario. Estas acciones consisten, principalmente, en visitas a domicilios o áreas determinadas de forma sistemática y periódica o eventual. También incluye estrategias de recaptación de población que en algún momento se contactó con el centro de salud, así como el contacto proactivo con los/as usuarios/as cuando se detecta que hay intervenciones pendientes de ser realizadas.*



## ■ Capacidad Resolutiva

*Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios de los establecimientos de salud (OPS, 2017).*

### **CEEA**

*Consumo Episódico Excesivo de Alcohol*

### **CIE10**

*Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (OMS).*

## ■ Ciudadano

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

## ■ Complejidad

*Del latín complectere, que remite a conectar, abarcar, obtener algo fuera del alcance de la comprensión. El enfoque de la complejidad permite entender al campo de la salud desde una posición no lineal, rígida o direccional, para poner el acento sobre lo inesperado y particular de las situaciones que se presentan. Para esto, es necesario trascender los conocimientos tradicionales, derribar las barreras tradicionales entre las disciplinas e integrar lo que se concebía separado (Morin, 2000). Si se entiende la complejidad del campo de la salud, se parte de la concepción de que el abordaje debe ser territorial y en la comunidad, con trabajo de equipos interdisciplinarios que promuevan la corresponsabilidad, el compromiso y la promoción de la participación activa de usuarios/as, la comunidad y trabajadores/as de la salud. (Fajardo Ortiz, G. et. al, 2015).*

## ■ Comunidad

*"Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social. La comunidad es, además, un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información. No debe olvidarse que, como parte de su dinámica, en esas relaciones internas puede también llegar a situaciones conflictivas conducentes a su división, su disgregación y a la pérdida de identidad". (Montero, 2004).*

## ■ Consentimiento Informado

*La ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, establece que el consentimiento informado es la declaración de voluntad suficiente efectuada por la persona, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados*

del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y **perjuicios en relación con el procedimiento propuesto**; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

### ■ **Consumos problemáticos de sustancias**

Se define así el consumo que atenta contra la salud y la construcción de proyectos de vida de las personas. Esto puede darse en los diferentes niveles de consumo (uso, abuso y/o adicción) y con independencia del tipo de sustancia consumida (legal y/o ilegal). Desde esta perspectiva, la posibilidad de que el consumo de una sustancia genere un mayor o menor problema para la persona o para la comunidad, se halla relacionada no con las propiedades inherentes a la sustancia, sino fundamentalmente con el vínculo que la persona establece con la misma en una determinada circunstancia vital.

### ■ **Continuidad de Cuidados o Atención**

Se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó una consulta (OPS, 2017). Es el grado en que una serie de eventos de salud discretos son experimentados por usuarios/as como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades de salud del usuario/a y contexto personal. Tres aspectos de la continuidad:

- continuidad informativa es el flujo de información a través de los eventos de salud / consultas, en particular mediante la documentación, la entrega y revisión de notas de consultas previas,
- continuidad de gestión es la consistencia de la atención por las diversas personas involucrados en el cuidado de un/a usuario/a.
- continuidad relacional es el sentido de la filiación entre el usuario/a y su equipo de salud.

### ■ **Corresponsabilidad**

Se refiere a una colaboración responsable y respetuosa, para crear un sentido de pertenencia que promueva el compromiso y la participación de todos los actores, con el propósito de obtener resultados que mejoren el nivel de salud de la población y, en consecuencia, su bienestar. Compartir responsabilidades en la atención de la salud, significa la participación activa y consciente del individuo, la familia, el personal de salud y los demás sectores para lograr los objetivos propuestos (OPS, 2017).

### ■ **Derecho a la Salud**

Implica no solo gozar de buena salud, sino también la obligación del Estado de establecer políticas, estrategias y programas destinados a que todas las personas tengan acceso a la salud. El derecho a la salud incluye libertades – derecho de las personas de controlar la propia salud y el propio cuerpo sin padecer intervenciones sin consentimiento – y derechos – garantía de acceso a una protección sanitaria que ofrezca a todas las personas igualdad de oportunidades de disfrute del más alto nivel posible de salud que pueda alcanzar. Asimismo, el cumplimiento del derecho a la salud debe implicar los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

### ■ **Desinstitucionalización**

Es concebida como la transformación del sistema centrado en instituciones totales, donde las personas viven y realizan todas las actividades de la vida cotidiana – hospitales con internación monovalente o psiquiátricas, entre otras-, hacia uno de atención integral de las personas en sus comunidades. El



objetivo es que las personas mantengan sus vínculos comunitarios y su vida social. Esto permite aumentar la eficacia de la atención y disminuir la carga de enfermedad que soportan mayormente los/as usuarios/as, sus familias y comunidades.

### **Determinantes Sociales de la Salud**

Es el enfoque de salud que entiende a los resultados en salud como relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud (Morales Borrero et. al,2013).

#### **DSM**

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM, por sus siglas en inglés-, (Asociación Americana de Psiquiatría).

### **Equipos de Salud**

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

### **Estigmatización**

Marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona afectada.

### **Historia Clínica**

La ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, establece que la historia clínica es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada a la persona por profesionales y auxiliares de la salud. La persona es el titular de la historia clínica. El contenido de la misma puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

### **Hospitalocéntrico**

Hace referencia al modelo conceptual que establece que el hospital es la institución central del sistema de salud. Este modelo se opone al modelo comunitario de atención, basado en la red integrada de salud con base en la comunidad, integrada por multiplicidad de servicios asistenciales de atención sanitaria y social, tales como dispositivos habitacionales y sociolaborales, centros de día, hospitales de día, etc.

### **Inclusión Social**

Designa el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. Comprende aspectos tales como el acceso a información y/o servicios, el logro de un adecuado proceso de vinculación con familiares, referentes afectivos, grupos primarios y/o redes vinculares, la inclusión habitacional, educativa, laboral, la participación cívica y/o el reconocimiento y expresión de valores asociados a la diversidad cultural.



### ■ **Institución monovalente**

*Institución con dependencia sanitaria cuyo modelo asistencial se aplica a una patología en particular y en la cual se pone de manifiesto el predominio de concepciones y prácticas de tipo asilar. En el desempeño de estas instituciones se identifican procesos de anomia, aislamiento, vulneración de los derechos de los pacientes durante el proceso de atención y, fundamentalmente, de desplazamiento de roles, ya que la institución no puede cumplir satisfactoriamente con su rol asistencial y contribuye mediante su accionar a la generación de efectos iatrogénicos asociados a la cronificación e institucionalización.*

### ■ **Integralidad**

*El concepto remite a múltiples significaciones:*

- 1. fomento, prevención, curación, rehabilitación, paliativo y cuidados de largo plazo;*
- 2. en todo el ciclo vital;*
- 3. en el continuo de atención y cuidados; y*
- 4. en la diversidad de ser familias y comunidad, sin discriminación alguna para la obtención del mayor nivel de calidad de vida posible (OPS, 2017).*

### ■ **Interculturalidad**

*También llamada Pertinencia Cultural de la Atención es la adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo a su cultura. En el caso de usuarios indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud (OPS, 2017)*

### ■ **Interdisciplinariedad**

*Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.*

### ■ **Intersectorialidad**

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

#### **LNSM**

*Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*

### ■ **Modelo comunitario de atención**

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

**NNyA**

Niños, niñas y adolescentes.

**OMS**

Organización Mundial de la Salud.

**OPS**

Organización Panamericana de la Salud.

**Padecimiento Mental Severo**

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

**PAP**

Primera Ayuda Psicológica.

**Participación Social/ Comunitaria**

Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones (OPS, 2017).

**PNA**

Primer Nivel de Atención.

**Politerapia**

Empleo de dos o más fármacos de manera simultánea en una misma persona para el tratamiento de un mismo trastorno (MSAL, 2015).

**Políticas Públicas**

Conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad.

**Prevención**

Conjunto de medidas, estrategias y acciones destinadas a reducir la posibilidad de que acontezca un daño y/o enfermedad, suprimir los factores de riesgo asociados a patologías específicas, proteger a los grupos más susceptibles y/o desarrollar actividades orientadas a reducir o mitigar las consecuencias de la enfermedad una vez desencadenada. Se basa en el principio de que cuanto más tempranamente se actúe a fin de evitar y/o actuar contra el curso de la enfermedad, más eficientes y eficaces resultarán las medidas adoptadas.

**Proceso de adecuación institucional**

Comprende la transformación de los procesos administrativos, de gestión, de recursos humanos, asistenciales edilicios y/o presupuestarios, así como de las prácticas de salud de todos los efectores cuyo objetivo sea la atención de la Salud Mental en la población, de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013. En relación a las instituciones monovalentes con régimen asilar, y previa conformidad con la Autoridad de Aplicación territorial, deberán diseñar un plan de adecuación que permita revertir la cronificación e institucionalización,

garantizar el respeto de los derechos de los pacientes, lograrla apertura e integración de servicios a las redes comunitarias de base territorial y establecer procedimientos para la regulación de los ingresos a fin de lograr el paulatino cierre y/o transformación de la misma.

### Proceso de Salud -Enfermedad - Cuidado

Conceptualización de la medicina social / salud colectiva que busca desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y cuestionar la práctica de salud centrada en las patologías individuales. A partir de sus postulados se propone una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares (Stolkiner y Ardila 2012).

### Promoción de la Salud

Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla, y que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de los determinantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida (OPS, 2017).

### Recursos humanos no convencionales

Comprende los recursos existentes en la comunidad que no poseen certificación y/o acreditación oficial relativa a la formación y/o desempeño de prácticas en el sector Salud. Tales recursos humanos no convencionales debidamente capacitados pueden contribuir mediante su participación de forma coordinada con los agentes del sistema formal en el diseño, implementación y evaluación de las acciones asistenciales y/o de inclusión social.

### Red de servicios con base en la comunidad

Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. De acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 del Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657, "debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social".

### Servicios de salud

"En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados". Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Capítulo I, Artículo 4).

### Sistema de recolección y análisis de información de Salud Mental y adicciones

Combinación de pautas, procedimientos y recursos para la obtención, registro, sistematización, procesamiento y análisis de la información destinada a la toma de decisiones y el diseño de las políticas públicas en salud mental y adicciones. En relación a los criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, y dado que el Artículo 16 del Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional



N° 26.657 indica que "la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro (...)", la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones decide que, hasta no disponer de un sistema de clasificación propio y/o adaptado específicamente para nuestro país, se utilizará el sistema sugerido por la OMS (C.I.E. 10).

### **Sistemas de apoyo**

Combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones especializadas y/o miembros de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y un desempeño con mayor grado de autonomía en entornos cotidianos garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios de los servicios de salud mental acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

### **Sobrediagnóstico**

Acción devenida de métodos de tamizaje, screening o de diagnóstico, probados y validados científicamente en el ámbito de la salud, cuando arrojan erróneamente un resultado determinado. Esto puede suceder por errores inherentes a los propios métodos, al incluir su margen de error estadístico y cuyo ejemplo paradigmático es el resultado denominado falso positivo, entre otros indicadores de sensibilidad y especificidad de los mencionados métodos.

### **Territorio**

Espacio sociodemográfico en el que se desarrollan los modos cotidianos de vivir de la población con la que se trabaja. "...el territorio es un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales puestos en la arena política... el territorio nunca está acabado sino en constante construcción y reconstrucción" (Vilaça Mendes et al, 1993).

### **Vulnerabilidad Social**

Término utilizado para evaluar la incidencia de las transformaciones económicas, políticas y sociales en determinados sectores de la población.

# Bibliografía

## Módulo 1: Salud Mental Comunitaria

### 1. Introducción al concepto de Salud Mental Comunitaria

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Salud Mental. Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres: Plan de Acción*. Diciembre 2020.
- Stolkiner A. y Solitario Romina (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. En D, Maceira (comp), *Atención Primaria en Salud- Enfoques interdisciplinarios (121-146)* Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Stolkiner, Alicia: *Subjetividad y Derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental* Revista *Intersecciones* ([www.psi.uba.ar](http://www.psi.uba.ar)) Año 2 N° 4. septiembre 2012
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014), *Plan de Acción sobre la Salud Mental 2015 2020* en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
- Chiara, M. (2016). *Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación*. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 15(30). en <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.tpps>
- OPS (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9#:~:text=En%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%2C%20una%20proporci%C3%B3n%20considerable%20de,presentan%20tasas%20de%20mortalidad%20altas](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9#:~:text=En%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%2C%20una%20proporci%C3%B3n%20considerable%20de,presentan%20tasas%20de%20mortalidad%20altas).
- OPS/OMS(1978). *Declaración de Alma Ata*. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS/OMS(1992). *Declaración de Caracas*. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- OPS/OMS (2005). *Principios de Brasilia. Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas*. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS\\_dE\\_BRASILIA.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf)
- OPS/OMS (2010). *Consenso de Panamá*. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- ADESAM -Asociación por los Derechos en Salud Mental ( 2017). *Derechos Humanos en Salud. En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental* [https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud\\_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf](https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf)
- Astrid Natalia Molina Jaramillo, *Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública*. *Cuadernos de Salud Pública* (2018) <https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n1/e00075117/es>
- Michalewicz Alejandro, Pierrri Carla, Ardila-Gómez Sara. *Del proceso de salud/ enfermedad / atención al proceso salud / enfermedad / cuidado: elementos para su conceptualización* *Anuario de Investigaciones*, Vol. XXI, núm., págs. 217-224 (2014) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>



## 2. Prácticas recomendadas en salud mental desde una perspectiva de derechos

- OPS/OMS. (2016) *Guía de Intervención (mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, versión 2.0 Capítulo "Atención y Prácticas Esenciales de Salud"*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- OPS/OMS. (2018) *Guía de Intervención humanitaria (GIH-mhGAP) para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en las emergencias humanitarias. Capítulo "Principios Generales de la Atención a Personas con Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias en Emergencias Humanitarias"*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>
- OPS/OMS. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra. <https://www.paho.org/es/node/44399>
- OPS. (2021) *Consideraciones y recomendaciones para la protección y el cuidado de la salud mental de los equipos de salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54032>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres: Plan de acción*. 2020. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/salud-mental-y-apoyo-psicosocial-en-emergencias-y-desastres-plan-de-accion>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Recomendaciones para el cuidado y atención de la salud/salud mental de las personas mayores en el marco de la pandemia por covid-19*. Actualización. (Mayo 2021). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-el-cuidado-y-atencion-de-la-salud-salud-mental-de-las-personas-0>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Recomendaciones sobre salud mental para la población de niños, niñas y adolescentes a un año del inicio de la pandemia por covid-19* (Mayo 2021) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-sobre-salud-mental-para-la-poblacion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-un-ano>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Recomendaciones sobre salud mental para niños niñas y adolescentes en el contexto de la pandemia* (Abril 2020) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-sobre-la-salud-mental-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-contexto-de-pandemia>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Recomendaciones sobre Salud Mental para los equipos de salud* Actualización. (Mayo 2021) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-sobre-salud-mental-para-los-equipos-de-salud-actualizacion-2021>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Recomendaciones para Equipos de Salud Mental en el cuidado de la salud mental de los trabajadores, profesionales y no profesionales en hospitales generales*. Actualización. (Mayo 2021) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-equipos-de-salud-mental-en-el-cuidado-de-la-salud-mental-de-los>

## 3. Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir

- Ley 25.649. *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico*. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/ley\\_medicamentos\\_genericos\\_25649.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/ley_medicamentos_genericos_25649.pdf) (último acceso: 27/02/2023)
- *Medicamentos*. Decreto Reglamentario 973/1964. INFOLEG. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=E1E4F70E47F63F1D43D1635688EBB01E?id=88842> (último acceso: 27/02/2023)
- Ley 19.303. *Drogas. Normas para la fabricación, comercialización, circulación y uso*. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20966/norma.htm> (último acceso: 27/02/2023)

- Ley 17.818. Ley de Estupefacientes. Normas para su comercialización. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20883> (último acceso: 27/02/2023)
- Disposición 885/2010. Ministerio de Salud. Psicotrópicos, Psicofármacos y estupefacientes. Definiciones. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=164991> (último acceso: 27/02/2023)

## Módulo 2 : Situaciones Clínicas Frecuentes en el Primer Nivel de Atención

### 5. Duelo.

- Ministerio de Salud de la Nación: "Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19". Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones\\_situacion\\_ultimos\\_dias\\_horas\\_de\\_vida\\_pacientes\\_covid.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/recomendaciones_situacion_ultimos_dias_horas_de_vida_pacientes_covid.pdf)

### 6. Intentos de suicidio. Conductas autolesivas. Suicidio.

- Ministerio de Salud de la Nación: Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud -TRAPS- Módulo Salud Mental (2017).
- Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes (2012) Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-del-intento-de-suicidio-en-adolescentes>
- Ministerio de Salud de la Nación (2018) Situación Epidemiológica del Suicidio en la República Argentina 2008- 2017
- Nasio, Juan David. Cómo actuar con un adolescente difícil, Editorial Paidós (2012)

### 7. Crisis y urgencias en salud mental.

- Ministerio de Salud de la Nación: Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud -TRAPS- Módulo Salud Mental (2017).
- Ministerio de Salud de la Nación: Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental (2013).
- Chinchilla, Alfonso (coordinador).(2003). Manual de urgencias psiquiátricas, nuevas generaciones en neurociencias, formación continuada psiquiatría, 1ª. ed., Barcelona. España, Masson, (Ed. 2006. pp.675).
- Jufe, Gabriela (2017) Psicofarmacología Práctica, editorial Polemos, 4ta edición. Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos para la atención de las urgencias en salud mental (2012)

## Módulo 3: Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas

### 9. Los consumos problemáticos desde la perspectiva de la salud mental comunitaria. Introducción y conceptos básicos.

- Bauman, Zygmunt (1999), Modernidad líquida. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Zygmunt (2001), La sociedad individualizada, Madrid, Cátedra.
- Berger, Peter y Luckman, Thomas (1998), La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Amorrortu editores.

- Dabas, Elina Nora (2001), *Red de Redes – Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Dabas, Elina Nora; Perrone, Néstor (2006), *Viviendo Redes – Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires, Editorial Ciccus.
- Dabas, Elina Nora; Najmanovich, Denise **“Una, Dos, muchas redes: Itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes”** en *Viviendo Redes– Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*, Buenos Aires, Editorial Ciccus.
- Damin, Carlos (2014), **“Consumo problemático de sustancias psicoactivas”**. Documento de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).
- Inchaurreaga, Silvia (2002), **“Los consumidores de drogas; ciudadanos con derechos. Una lectura desde lo social, lo subjetivo y las políticas de reducción de daños”**, en - Inchaurreaga, S. y otros, *Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de reducción de daños en Argentina*. Rosario, Universidad Nacional de Rosario, pp. 45-58.
- Lewkowicz, I. (1999) **“Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad”** en Dobon, J. y Hurtado G. (Comp.) *Las drogas en el siglo... ¿que viene?* Buenos Aires, Ediciones FAC.
- Lewkowicz, Ignacio (2000), **“Explotación, exclusión, subjetivación”**. Disponible en [psyche-navegante.com/articulo.asp?id\\_articulo=534](http://psyche-navegante.com/articulo.asp?id_articulo=534) [Consulta: marzo de 2015.]
- Lipovetsky, Gilles (2000), *La era del vacío. Ensayo sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona, Anagrama.
- Montero, Maritza (2003), *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Morin, Edgar (1994), *Introducción al pensamiento complejo*. Buenos Aires, Gedisa.
- Moscovici, Serge (comp.) (1986), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.
- Núñez, Rodolfo Alberto (2008), *Redes Comunitarias – Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional*. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Nowlis, Hellen (1982) *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. París, Editorial de la Unesco.

## 10. El abordaje integral de los consumos problemáticos desde la perspectiva de derechos. Introducción para el abordaje desde el Primer Nivel de Atención.

- Dabas, Elina Nora (2001), *Red de Redes – Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Dabas, Elina Nora; Perrone, Néstor (2006), *Viviendo Redes – Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires, Editorial Ciccus.
- Dabas, Elina Nora; Najmanovich, Denise **“Una, Dos, muchas redes: Itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes”** en *Viviendo Redes– Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*, Buenos Aires, Editorial Ciccus.
- De la Aldea, Elena. *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud*. Disponible en: [https://campuseducativo.santafe.edu.ar/wp-content/uploads/la\\_subjetividad\\_heroica\\_escrito\\_por\\_elena\\_de\\_la\\_aldea41.pdf](https://campuseducativo.santafe.edu.ar/wp-content/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea41.pdf)
- Milanese, E. (2009). *Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave – Manual de trabajo para el operador*. México: Plaza y Valdés Editores.



- Milanese, E. (2012). *Tratamento Comunitário. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas*. Sao Paulo: Instituto Empodera.
- Najmanovich D. (2011) *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación*. Colección sin fronteras. Editorial Biblos.

### 11. Herramientas de tamizaje y detección precoz. Evaluación diagnóstica integral. Elaboración de estrategias terapéuticas.

- Organización Mundial de la Salud (2011) **“Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria”**.

### 12. Situaciones de consulta frecuente en materia de consumos problemáticos

- Dr. Pérez Galvez B. Universidad Miguel Hernández, España. *COVID-19 y alcohol. Aspectos relacionados con el tratamiento*. 2020.
- OPS. Hoja informativa. *El alcohol y la COVID-19, lo que debe saber*. 2020.
- **SEDRONAR**. *Evitemos el consumo excesivo de alcohol durante la cuarentena*. 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012) *Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes*.

## Módulo 4: Presentaciones Clínicas Prevalentes en Salud Mental.

### 14. Trastornos del estado de ánimo

- Organización Panamericana de la Salud. *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Año 2017.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. *Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Módulo Salud Mental*. Año 2017.

### 15. Trastornos de ansiedad

- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. *Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Módulo Salud Mental*. Año 2017.

### 16. Trastornos psicóticos

- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. *Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Módulo Salud Mental*. Año 2017.

### 17. Problemáticas de salud mental prevalentes en personas mayores.

- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. *Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) Módulo Salud Mental*. Año 2017.
- Taragano, F., Allegri, R, Lyketsos, C. *Mild behavioral impairment: A prodromal stage of dementia*. *Dementia & Neuropsychologia* 2008 December;2(4):256-260
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kolmen E. *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome*. *Arch Neurol* 1999; 56:303-308.
- Finkelsztein C. y Matusevich D. *Psicogeriatría clínica - 1a ed. - Buenos Aires : del hospital ediciones, 2012*.



## 18. Anexo para integrantes del equipo de salud con incumbencias para prescribir

- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnología Sanitaria. Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) - Módulo Salud Mental. Año 2017.
- Jufe, Gabriela. Psicofarmacología práctica. Ed. Polemos. 4º Edición. Año 2017
- Stahl's Guía del prescriptor. Editorial Aula Médica. España. 7º ed. 2021.

## Módulo 5: Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes.

### 19. Introducción a las problemáticas de salud mental de Niños, Niñas y Adolescentes.

- ABERASTURY, A.: Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Cap.: La entrevista inicial con los padres. Ed. Paidós, Buenos Aires 1974.
- Ministerio de Salud de la Nación: Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud -TRAPS- Módulo Salud Mental (2017).
- Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental (2011).
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción en salud mental (2009) [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)
- Organización Mundial de la Salud Prevención del maltrato infantil: una guía para tomar medidas y generar evidencia (2006). Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>
- Ministerio de Salud de la Nación, Cuidando al bebé. Guía para el Equipo de Salud y Guía para la familia. Buenos Aires (2009).
- Ministerio de Salud de la Nación. Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de Investigación, Informe Final, Unidades Académicas de Psicología de las Universidades Nacionales (2007)
- Organización Panamericana de la Salud, Maltrato Infantil y Abuso Sexual en La Niñez. Disponible en <http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2013/12/Abuso-sexual-concepto.pdf>

### 20. Introducción a las problemáticas frecuentes en Niños, Niñas y Adolescentes.

- Ministerio de Salud de la Nación: Programa de capacitación Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud - TRAPS- Módulo Salud Mental (2017).
- Janin, Beatriz "El sufrimiento psíquico en los niños". Buenos Aires. Noveduc Libros. (2011)
- Dio Bleichmar Emilce. Temores y Fobias, Barcelona, Ed Gedisa, 1998.(1991)
- Soutello, Guía esencial de psicofarmacología del niño y el adolescente. España. Editorial Médica Panamericana. (2011).
- Rapee RM. (2012) Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Rey J M, Bella-Awusah TT, Jing L. (2012) Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia : lineamientos para su abordaje

interinstitucional ; dirigido por Silvia Chejter. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2018.

## 21. Introducción a las problemáticas graves en Niños, Niñas y Adolescentes

- *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid.*
- *Saad E, et al (2010) Salud mental Infantojuvenil: prioridad para la humanidad. Ediciones científicas APAL. Experiencias y evidencias en psiquiatría.*
- *Soutello Esperón, C y Mardomingo Sanz M. J.(2010) Manual de psiquiatría del niño y adolescente, coordinadores. Buenos Aires-Madrid. Editorial Panamericana.*
- *Wahlberg, E Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XI N° 42 Dic 2000 Ene Feb 2001. Presentación de Dossier Retraso Mental.*
- *Ley Nacional N° 26.378 - Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*
- *Ley Nacional N° 26657 - de Salud Mental. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>*
- *Wahlberg, E.; Damigella, L., (2006) Trastornos psiquiátricos y de conducta en el Retraso mental. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XVII: 373-377*
- *Salud mental infantojuvenil: prioridad para la humanidad. Ediciones científicas APAL. Experiencias y evidencias en psiquiatría. (2010)*

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación

Salud Mental en el Primer Nivel de Atención : uso apropiado de psicofármacos. / Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-38-0331-8

1. Atención a la Salud Mental . 2. Psicofármacos. I. Título.

CDD 353.64

[argentina.gob.ar/salud/remediar](http://argentina.gob.ar/salud/remediar)  
0800.666.3300



Ministerio de Salud  
Argentina

*primero  
la gente*

