

LINEAMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

SRM Cursos®

**Lineamientos para la Atención de
la Urgencia en Salud Mental**

Año 2013

SRM Cursos®

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis MANZUR

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde MASSA

Coordinadora del Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes

Dra. Graciela Natella

SRM Cursos®

INDICE

Prólogo.	P 7
1- Introducción.	P 10
Definición.	P 10
Modalidad de atención.	P 10
Objetivo de estos lineamientos.	P 11
2- Marco Legal.	P 12
Asistencia.	P 12
Consentimiento Informado.	P 12
Instrucciones anticipadas.	P 13
Confidencialidad.	P 13
Medidas de protección integral de niños, niñas y adolescentes.	P 13
3- Medidas iniciales de cuidado.	P 14
4- Evaluación integral del estado de la persona y de la situación.	P 16
5- Cuadros o manifestaciones más comunes.	P 17
6- Estrategias terapéuticas inmediatas.	P 21
a) Abordaje psicosocial / psicoterapéutico.	P 21
b) Abordaje psicofarmacológico.	P 22
Esquema de referencia.	P 23
c) Sujeción mecánica.	P 23
Procedimiento.	P 24
7- Plan de Tratamiento	P 25
A) Tratamiento ambulatorio posterior a la situación de urgencia.	P 25
B) Internación.	P 25
C) Abordaje con la red socio-familiar.	P 27
Anexo I: Evaluación del estado psíquico global.	P 28
Anexo II: Fármacos Alternativos.	P 29
Anexo III: Internaciones.	P 30
Referencias Bibliográficas.	P 33

SRM Cursos®

PROLOGO

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, como autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, trabaja para fortalecer un modelo de atención de base comunitaria y respetuoso de los derechos de las personas con padecimiento mental, en el cual debe asegurarse la accesibilidad y calidad de las prestaciones de los servicios que integran la red pública de atención.

Por su carácter disruptivo las situaciones de crisis en salud mental requieren una atención calificada, responsable y coordinada de todos los efectores que componen la red asistencial. El abordaje y resolución de situaciones de emergencia tienen una importancia cardinal, ya que constituyen la vía de acceso al sistema de servicios de salud de aquellos casos que no han podido ser resueltos en otras instancias sociales (familiares, comunitarias, institucionales). Pero también porque la resolución de las crisis contribuye a una mejor coordinación de las acciones de prevención, cuidado, tratamiento y rehabilitación que están a cargo de todos los efectores que integran el sistema de atención. Los presentes lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental representan una contribución innegable para cumplir con este objetivo, y pretenden constituirse en una referencia para los miembros de los equipos interdis-

ciplinaros que integran los servicios de salud, tanto públicos como privados, en todo el territorio nacional.

Este material fue elaborado con la convicción de seguir trabajando para que el derecho a la atención sea un hecho palpable y cotidiano a lo largo y a lo ancho de todo el país, entendiendo la prioritaria tarea de fortalecer las prácticas para la atención de emergencias en salud mental en todas las instituciones con responsabilidad sanitaria.



Lic. María Matilde Massa
Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Determinantes de la Salud y
Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación

Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por el Consejo Asesor de Urgencias en Salud Mental, convocado en los meses de Agosto a Diciembre del 2011, en base a un documento preliminar elaborado por la Dra. Graciela Natella, el Dr. Hugo Reales y la Dra. Magdalena Tortorella.

El Consejo Asesor de Urgencias en Salud Mental estuvo conformado por:

Referentes de efectores de salud:

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

Referente de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación:

Dr. Javier Rodríguez (Centro Ulloa).

Referentes del Ministerio de Salud de la Nación:

De la Superintendencia de Servicios de Salud:

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

De la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales:

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

De la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias:

Dra. Silvia Bentolilla.

De la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones:

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

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

Se agradece la colaboración de:

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

Revisión legal:

Equipo Jurídico de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Revisión general:

Equipo del Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Diseño y revisión final:

Equipo de Comunicación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

SRM Cursos®

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos®

1. INTRODUCCION

“Los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención”¹.

Teniendo en cuenta que una de cada cuatro personas está o estará afectada por un padecimiento mental a lo largo de su vida, la red de servicios de salud deberá contar con instrumentos para su atención.

La intervención en las urgencias de Salud Mental resulta decisiva para definir la evolución de las personas con padecimiento mental. En efecto, un abordaje adecuado de la urgencia que incluya aspectos de cuidado y de promoción de las personas, puede facilitar que la crisis resulte una oportunidad para favorecer el bienestar mental y las condiciones de vida preexistentes.

Definición

Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que 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, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.

Modalidad de Atención

Modelo comunitario de atención en salud mental

Las prácticas aquí planteadas se inscriben en el marco del modelo comunitario de atención en salud mental.

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

Esta modalidad de abordaje comunitario supone la presunción de capacidad de todas las personas así como el respeto de sus derechos ciudadanos como requisito para el desarrollo y sostenimiento del bienestar mental.

Este modelo prioriza las poblaciones de mayor grado de vulnerabilidad psicosocial y privilegia la construcción de una Estrategia Terapéutica (ET) particularizada².

Dicha ET deberá ser evaluada permanentemente y modificada según la marcha del proceso, requiriendo de la participación del equipo de salud, de los referentes vinculados y de la persona cuando su situación lo permita y en la medida de sus posibilidades³.

Implica también el trabajo conjunto con otros sectores además de los sanitarios (justicia, educación, desarrollo social, seguridad, entre otros) dado que es necesario que el grupo de pertenencia y las otras instituciones involucradas acompañen a la persona durante todo el proceso y para facilitar la recuperación⁴.

La modalidad de abordaje planteada desde este marco de atención se basa en una

red de servicios de salud mental territoriales que incluyen entre otros a los Centros de Salud, los Hospitales Generales, los Centros de Integración Comunitaria y otras instituciones polivalentes (primer y segundo nivel de atención). Esta red formal de servicios trabaja junto a las redes informales de la comunidad. De esta forma es posible aumentar el acceso a la atención haciéndola extensiva a otros ámbitos comunitarios tales como domicilio, trabajo, escuela, etc..

Por este motivo los lineamientos aquí presentados son un instrumento disponible para *todos los integrantes del equipo de salud*, de tal forma que la urgencia de salud mental pueda ser asistida en cualquier instancia de la Red de Servicios Sanitarios y Sociales.

Objetivo de estos lineamientos

Brindar recomendaciones clínicas y herramientas básicas a los equipos de salud para atender y dar respuesta a las urgencias en salud mental en el ámbito de los servicios generales de salud y de la comunidad toda. Dicha prestación se inscribe en el marco de la legislación vigente que rige para el ámbito público, de obras sociales y privado.

“En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (...)”.
(Ley Nacional de Salud Mental 26.657 - art. 3).

No hay salud sin salud mental. La salud física y mental son inseparables y tienen una influencia recíproca múltiple y compleja (OMS/OPS, 2009).

2- Ley 2.440, art.9. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppios 3 y 7.

3- Ley 26.657 art. 7 inc. D, art.9 y art. 2. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppios 3, 7 y 9, punto 2.

4- Ley 26.657 art. 9.

2. MARCO LEGAL

Asistencia

Se debe asistir a la persona con un padecimiento mental (incluyendo consumo problemático de sustancias y/o adicciones), sin ningún tipo de menoscabo o discriminación en toda institución de salud y en la zona o ámbito comunitario de atención de dicha institución⁵.

Consentimiento informado

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

tablecimiento de una relación de confianza y seguridad.

Se podrá aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado de la persona si es urgente y necesario para impedir un daño inmediato a sí mismo o a otros. No obstante, se hará todo lo posible por informar a la persona y/o referentes vinculares para que comprendan las acciones a realizar y que participen prontamente en la aplicación del plan de tratamiento teniendo oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas⁶.

En caso de niños, niñas y adolescentes está sujeto a los mismos requisitos que se aplican en el caso del consentimiento en adultos⁷.

5- *Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ediciones de la OMS Panamá, 2010.*

6- *Ley 26.657 art 7 Inc. j, art. 10 y 23. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppio 11, punto 8 y 9.*

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

Instrucciones anticipadas

Se tomarán en cuenta si la persona en crisis dejó asentadas directivas previas en caso de presentar una urgencia⁸.

Confidencialidad

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información. Ésta sólo podrá divulgarse con el consentimiento de la persona o si el equipo de salud considera imprescindible otorgarla a terceros en caso de riesgo cierto e inminente y para favorecer una mejor atención.⁹ En caso de niños, niñas y adolescentes está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.¹⁰

Medidas de protección integral de niños, niñas y adolescentes

En caso de situación de vulneración o autovulneración (comportamiento autolesivo) de derechos se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral¹¹.

8- Ley de Derechos del Paciente, art 11.

9- Ley 26.529 art 2 Inc. e y art 4. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental: Ppio 6.

10- Ley 17.132 art. 11.

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

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

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

Ley 26.657 art. 26.

3. MEDIDAS INICIALES DE CUIDADO

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

- Brindar una atención digna, receptiva y humanitaria.

- Atender la urgencia prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis.

- Garantizar condiciones de cuidado:

- No dejar a la persona sola. Garantizar el acompañamiento por parte del equipo de salud y/o referentes vinculares.

- No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos, etc.) y prestar atención a que no tenga consigo dichos elementos. Evitar cercanías con puertas y ventanas. El equipo de salud se situará más próximo a la salida y sin cerradura.

- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con eventual acompañamiento y/o colaboración de otras personas (equipo de salud, acompañantes, personal de seguridad).

- Disponer del tiempo necesario para la atención.

- Disponer de ser posible de un ambiente de privacidad / intimidad.

- Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma¹².

- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes.

- En el caso de que la persona llegue sola, localizar referentes vinculares. En caso de desconocimiento de su identidad deben realizarse averiguaciones tendientes al esclarecimiento de su identidad¹³. Si es traída

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

13- Ley 26.657, art. 18.

por organismos de seguridad, se solicita la permanencia del personal con el fin de aportar datos y toda otra colaboración que la situación requiera¹⁴.

- Identificar a los referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar durante el proceso de atención. En caso contrario, deberán ser incluidos en momentos diferenciados. Considerar que los referentes vinculares también requieren la atención del equipo de salud.

- La reacción al miedo es una variable frecuente:

a) De la persona en crisis y/o de los referentes vinculares (el miedo puede llevar a defenderse pudiendo generar una conducta de retraimiento, rechazo, violencia, fuga).

b) Del propio equipo de salud (ante las expresiones del paciente o por prejuicios y/o desconocimiento).

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

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

4. EVALUACION INTEGRAL DEL ESTADO DE LA PERSONA Y DE LA SITUACION

Entrevistar a la persona y/o referentes vinculares.

Evaluar:

- Aspecto general y presentación de la persona (cómo llega, con quién, en qué condiciones de aspecto general de acuerdo a su ámbito socio-cultural).

- Examen físico general:

- Signos vitales.
- Embarazo.
- Signos de abuso sexual/maltrato.
- Signos de autolesión/intento de suicidio.
- Signos físicos de consumo nocivo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).

- Estado psíquico global. Síntomas actuales y detección de otros síntomas (ver ANEXO I).

- Desencadenantes de la crisis. Indagar el contexto en el que ocurre, cambios en las costumbres y usos cotidianos o cualquier acontecimiento estresante en curso. Tener en cuenta la coexistencia de múltiples factores.

- Antecedentes de episodios similares y/o tratamientos previos. Antecedentes familiares.

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

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

5. CUADROS O MANIFESTACIONES MAS COMUNES

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

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

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

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

<p>6. Síndromes relacionados con el uso de psicofármacos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por Síndrome extrapiramidal: distonías agudas, acatisia, parkinsonismo. - Por Síndrome colinérgico agudo: ataxia, sequedad de mucosas, midriasis, confusión, agitación. - Por Síndrome neuroléptico maligno: rigidez muscular, hipertermia, inestabilidad autonómica, aumento de CPK, leucocitosis, cambios en el nivel de conciencia. - Por Síndrome serotoninérgico: alteraciones mentales, hiperactividad autonómica y trastornos neuromusculares. - Por Reacción paradójal por Benzodicepinas: locuacidad, hiperactividad, ansiedad creciente, irritabilidad, taquicardia, sudoración, sueños vívidos, desinhibición sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción. Idiosincrasia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Interconsulta con clínica médica (eventual requerimiento de terapia intensiva). Tratamiento específico de cada cuadro.
<p>7. Intento de suicidio / autolesión.</p>	<p>Ver Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. Msal 2012. ◉</p>		
<p>8. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias.</p>	<p>Ver Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes. Msal 2012. ◉</p>		
<p>9. Situaciones de maltrato / abuso sexual.</p>	<p>Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales. msal 2011. ◉</p>		

◉ Las recomendaciones descritas en estos documentos pueden ser adaptadas a la población general.

6. ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS INMEDIATAS

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

- a- Abordaje psicosocial / psicoterapéutico.**
- b- Abordaje psicofarmacológico.**
- c- Sujeción mecánica.**

a) Abordaje psicosocial / psicoterapéutico

Es importante intervenir en el contexto de la persona en crisis, en la situación en la que se produce y sobre los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona (pérdidas, desempleo, desarraigo, episodios de violencia, etc.), situaciones de carencia (física, emocional y social) y en relación a enfermedades/padecimientos previos, entre otras.

Esto incluye, de ser necesario, las intervenciones en el domicilio de la persona en crisis, en la vía pública u otros ámbitos comunitarios. También amerita las acciones intersectoriales necesarias para lograr una atención integral que permita efectivizar este abordaje. La buena disposición del equipo de salud

es fundamental para una mejor calidad de atención y eficacia terapéutica.

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

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

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

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

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

De igual manera rescatar los aspectos sanos de la persona tendiendo a su autonomía y autovalimiento.

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

Muchas crisis se resuelven en esta instancia sin necesidad de recurrir a la medicación ni a la contención física.

b) Abordaje psicofarmacológico¹⁵:

A través de la medicación se pretende lograr la sedación de la persona y disminuir el sufrimiento, con el fin de poder definir una conducta efectiva para el seguimiento. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud de la persona y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico¹⁶.

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

El uso combinado de Haloperidol y de Lorazepam es la indicación más adecuada para atender la urgencia.

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

El Haloperidol posee el mayor efecto incisivo de todos los antipsicóticos y el Lorazepam, al ser relajante muscular, disminuye la aparición de disquinesias precoces que se pueden presentar con el primero (distonías

cervicofaciales, bucolingual y faríngea o de otros grupos musculares).

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

15- Se recomienda el uso racional de psicofármacos (WHO, 2005)

16- Ley 26.657 art. 12. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, Ppio 10.

Para la elección del fármaco a utilizar es conveniente delimitar:

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

Esquema de referencia:

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

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

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

Lorazepam: Comp. 1, 2, 2,5 mg vía oral (VO) o ampollas de 4 mg vía intramuscular (IM) (requiere cadena de frío)

Dosis de inicio:

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

En caso de no contar con Haloperidol, podrá ser reemplazado por antipsicóticos atípicos: Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Zuclopentixol (habitualmente utilizados en el tratamiento a mediano y largo plazo). En caso de no contar con Lorazepam, reemplazar por Clonazepam (sublingual o vía oral) o Diazepam con las precauciones recomendadas (ver Anexo II).

c) Sujeción mecánica

Se recurrirá a esta medida cuando haya sido imposible resolver la crisis por medio de la intervención verbal y/o del uso de psicofármacos considerando la persistencia del riesgo cierto e inminente. Tener en cuenta que al ser una medida restrictiva su utilización está fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro de un enfoque de derechos¹⁷.

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

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

Es importante contar con el personal necesario para efectuar el procedimiento. En caso de escalada de los síntomas de irritación y agresividad no se debe esperar a ser agredido para intervenir y, en caso de ser necesario, avisar al personal de seguridad o policía. Las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar. En caso contrario es delito de abandono de persona¹⁸.

Procedimiento:

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

- Eliminar objetos peligrosos próximos y prever, de ser posible, un espacio físico

adecuado para dicha intervención.

- De ser posible, contar con la ayuda de 4 o 5 personas: una por cada extremidad y otra para el control de la cabeza. Es recomendable que alguien coordine la intervención.

- Sujetar primero un brazo y la pierna contralateral, hasta sostener todas las extremidades, así como la cabeza y, según la intensidad del cuadro, también la cintura.

- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la presión del cuello y abdomen.

- Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención. Las vendas, sábanas o similares pueden desajustarse o producir lesiones. Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.

- La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente:

- Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.

- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.

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

17- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, Ppio 11.

18- Código Penal, art. 106 y 108.

7. PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento y los cuidados posteriores se basarán en un plan personalizado, elaborado por el equipo interdisciplinario, consensuado con la persona y su entorno, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. La persona requiere continuidad de seguimiento hasta el alta, siendo esta última al igual que la externación y los permisos de salida, facultad del equipo de salud que no requiere autorización judicial (quedando exceptuadas las internaciones realizadas en el marco del artículo 34 del Código Penal)¹⁹.

A) Tratamiento ambulatorio posterior a la situación de urgencia.

Incluye la atención, la rehabilitación y la reinserción social. Integra prestaciones individuales, familiares y grupales. Puede desarrollarse en el hospital general, centros de día y otros ámbitos socio-sanitarios tales como vivienda, trabajo y seguimiento en estructuras intermedias así como empre-

dimientos laborales productivos, centros de capacitación socio-laboral, cooperativas de trabajo, casas de medio camino, entre otros.

B) Internación.

Consideraciones generales:

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

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 evaluación²⁰.

19- Ley 26.657, art. 23. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, Ppio.9, ONU, 2001.

20- Ley N 26.657 art 14.

Evaluar al menos tres variables:

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

La internación se debe realizar en hospitales generales e instituciones polivalentes, públicos o privados promoviendo la implementación de los recursos adecuados a la estrategia terapéutica y teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la persona²¹.

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

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

- Asegurar la continuidad de los cuidados a posteriori del egreso hospitalario.

Internación involuntaria

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

En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, con independencia de la voluntad de internarse se debe proceder de acuerdo a las internaciones involuntarias a fin de dotar al procedimiento de mayores garantías²². (Ver Anexo III)

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

Riesgo cierto e inminente:

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

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

21- Ley N 26.657 art 28.

22- Ley 26.657 art 26.

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)²³.
 - Incidentes significativos que puedan motivar la conducta de riesgo.
- Signos de violencia inminente/nivel creciente de agitación/ sensación subjetiva de descontrol/ impulsividad severa.

Procedimiento legal: en caso de internación involuntaria, “debe notificarse de la misma obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las cuarenta y ocho (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20”²⁴. Ver Anexo III.

C) Abordaje con la red socio-familiar

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

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

23- *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. Msal 2012.*

24- *Ley 26.657, art. 21.*

ANEXO I

EVALUACION DEL ESTADO PSIQUICO GLOBAL

- Estado de consciencia: despierto/dormido.
Lúcido/Obnubilado
- Grado de orientación global: ubicación
témpero-espacial.
- Estado cognitivo global: atención, con-
centración y memoria.
- Aspecto físico: descuidado, señales visi-
bles de abandono (siempre evaluado den-
tro del contexto socio cultural y etario).
- Actividad motora: inquietud, desasosie-
go, hiperactividad, impulsividad, excita-
ción, inhibición, catatonia.
- Actitud: colaboradora, reticente, quere-
llante, agresiva, inhibida.
- Lenguaje: verborrágico, mutismo, neolo-
gismos.
- Pensamiento :
 - Curso: enlentecido, acelerado,
interceptado, sin idea directriz, fuga de
ideas.
 - Contenido: ideación coherente,
delirante, de grandeza, de persecución,
mística, pueril, obsesiones, ideas de des-
esperanza y muerte.
- Juicio: conservado, insuficiente (ej. retar-
do mental), debilitado (ej. demencia), sus-
pendido (ej. confusión mental), desviado
(ej. esquizofrenia).
- Alteraciones de la sensopercepción: alu-
cinaciones visuales, auditivas, olfativas,
cenestésicas.
- Afectividad: humor expansivo (ej. manía),
humor deprimido (ej. depresión), indife-
ren- cia afectiva (ej. esquizofrenia), labilidad (ej.
bipolaridad).
- Sueño: insomnio o hipersomnio.
- Actitud alimentaria: anorexia, negativa a
comer, hiperorexia.

ANEXO II

FARMACOS ALTERNATIVOS

Dosis recomendadas:

- Risperidona: comp de 0,5 - 1 - 2 - 3 mg.
Dosis efectiva: 3 mg día. Dosis máxima: 6 mg

- Olanzapina: dosis de inicio de 2.5 mg, no superar una dosis diaria de 20 a 30 mg.

- Quetiapina: la dosis de inicio presenta acción sedativa (25 mg VO). La dosis diaria no debe superar los 300 a 575 mg.

- Ziprasidona: 10 a 20 mg IM, pudiéndose repetir con intervalos de 2 h (para una dosis de inicio de 10 mg) o de 4 h (para una dosis de inicio de 20 mg) hasta un máximo de 40 mg/día.

- Acetato de Zuclopentixol: 50 a 150 mg IM cada 48 a 72 hs.

- Clonazepam: 0.5 a 1 mg cada 2 a 4 hs VO; puede repetirse según la evolución del paciente.

- Diazepam: no es un fármaco de primera elección ya que tiene una vida media larga, absorción errática y por vía EV cristaliza.

ANEXO III

INTERNACIONES²⁶

INTERNACION VOLUNTARIA

En tanto se trata de una decisión libre de la persona junto con el equipo tratante no requiere la intervención del Poder Judicial.

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

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar. En los casos en que la persona no se encuentre acompañada al momento de la internación o se desconozca su identidad, el equipo deberá realizar las averiguaciones necesarias para conseguir datos sobre lazos familiares o afectivos, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, a

fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible.

Deberá recabarse el consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, el que será válido cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación.

La persona internada con su consentimiento podrá decidir retirarse en cualquier momento, así como el equipo tratante otorgar el alta de internación.

Aún tratándose de internaciones voluntarias, si han transcurrido más de 60 días corridos desde el inicio de la misma corresponde notificar al órgano de revisión y al juez de la localidad²⁷, quien deberá evaluar en el plazo de 5 días si la internación continuará teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, activando el sistema de garantías que se establece para las mismas.

Si en cualquier momento de la internación

26- Ley 26.657 arts. 14 y sptes.

27- En caso de no encontrarse creado el órgano de revisión debe comunicarse al Ministerio Público de Defensa (Defensoría Oficial).

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

INTERNACION INVOLUNTARIA

En tanto recurso terapéutico excepcional en el cual la persona no presta su consentimiento, se requiere la intervención del Poder Judicial de inmediato. Por ello debe notificarse la internación dentro de las 10 horas siguientes al ingreso, al juez de la localidad y al órgano de revisión²⁸, fundamentando la decisión.

Dentro de las 48 horas del ingreso de la persona, deberá remitirse al juez y al órgano de revisión²⁹ el dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación determinando:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar. En los casos en que la persona no se encuentre acompañada al momento de la internación o se desconociese su identidad, el equipo deberá realizar las averiguaciones necesarias

para conseguir datos sobre lazos familiares o afectivos, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible.

c) Detalle de la situación de riesgo cierto e inminente.

d) Justificación de la ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento.

e) Información respecto a las instancias previas implementadas si las hubiera.

Como mínimo cada 30 días deberá informarse al juez si persisten razones para la continuidad de la medida.

La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno gratuito a través de la defensoría oficial desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la extinción en cualquier momento.

Consideraciones en niños, niñas y adolescentes

Se debe proceder de acuerdo a los requisitos y garantías establecidos para la internación involuntaria, lo que no debe ir en desmedro de las posibilidades del niño, niña, adolescente o persona declarada incapaz, de su derecho a ser oído y a que su opinión sea tomada en cuenta, a ser informado y

28- *Idem* nota 27.

29- *Idem* nota 27.

asesorado, a prestar consentimiento informado y a la confidencialidad; ello de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos³⁰.

En cuanto su estado de conciencia lo permita, deberá obtenerse el consentimiento informado del propio niño, niña o adolescente. Es necesario que tenga oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas, debiéndoseles suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados, pudiendo recibir asesoramiento fuera de la presencia de sus padres.

Cabe aclarar que no hay fijada una edad determinada para el ejercicio de los derechos de los niños, por lo que puede considerarse que un niño que ya tiene grado de madurez suficiente titulariza los derechos situados en el espacio de su autonomía personal.

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información referente a los niños y adolescentes. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del joven y está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos³¹.

Asimismo, se destaca la importancia de contar con un referente adulto que acompañe (familiar, miembro de la comunidad y/o otras personas legalmente responsables),

sujeto al consentimiento del niño o adolescente, de ser posible. Será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los padres o referentes vinculares para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad con el joven³². Se debe prestar especial atención a entornos familiares que no constituyan un medio seguro o propicio para el adolescente y que requieran un abordaje familiar.

En el caso de evaluar la necesidad de comunicación a los padres y/o adulto responsable y ésta se encuentre imposibilitada, deberá comunicarse a la autoridad administrativa de protección de los derechos del niño que corresponda en el ámbito local.

Los sitios de internación para niños y adolescentes deben ser acordes y específicos para ellos.

Asimismo el niño tiene el derecho de contar con un abogado. En su designación debe tomarse especialmente en cuenta:

- a. Evitar posibles conflictos de intereses con su/s progenitor/es.
- b. Especialización del/a profesional en niñez y adolescencia.

30- Convención de los Derechos del Niño, Ley Nacional N 26.061 y legislaciones provinciales en la materia.

31- Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, art 11.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Benedetto Saraceno, Daniele Coen, Gianni Tognoni- Milán Italia. (1990). Uso de Psicofármacos en la Clínica. Cuaderno Técnico N° 32 – OPS-OMS.
- Caplan, G. (1985). Principios de psiquiatría preventiva, Barcelona: Paidós.
- Chinchilla, Alfonso (coordinador).(2003). Manual de urgencias psiquiátricas, nuevas generaciones en neurociencias, formación continuada psiquiatría, 1ª. ed., Barcelona, España, Masson, (Ed. 2006.pp.675).
- Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).
- Cohen, H.; Natella, G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Cohen, H.; Natella, G. (1993). Trabajar en salud mental: La desmanicomialización en Río Negro, Buenos Aires, Ed. Lugar.
- Constitución de la Nación Argentina (sancionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994).
- Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.
- Levav, I. (1992). Temas de salud mental en la comunidad, Washington DC, Paltex.
- Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de la Provincia de Río Negro. Río Negro, 1991. Sanción: 11/09/1991, Promulgación: 03/10/1991- Decreto N° 1466/1991. Publicación: B.O.P. N° 2909 - 10 de octubre de 1991; pp. 1-2.

- Ley 448. La Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Promulgada: Año 2000.
- Ley 17.132. Regimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. Sancionada: 24 de Enero de 1967. Promulgada: 31 de Enero de 1967.
- Ley Nº 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. Sancionada: Septiembre 28 de 2005. Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005.
- Ley Nº 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.
- Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.
- Ley 13.298 (Pcia. Bs. As.). Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Promulgación: Decreto 66/05 del 14 de Enero de 2005. Publicación: 27 de Enero de 2005 B.O. Nº 25090.
- MSAL (2012). Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes.
- MSAL (2012). Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes.
- Ministerio de Salud de Perú. Dirección de Salud Mental. (2008). Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Guía de práctica clínica en Depresión y Conducta Suicida. www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp
- Natella, G., Reales, H., Tortorella, M. (2011). Documento Preliminar “Urgencias en Salud Mental”. Presentado en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.
- Observación General Nº 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. 33º período de sesiones, 19 de mayo a 6 de junio de 2003.
- Observación General Nº 12. El derecho del niño a ser escuchado. Comité de los Derechos del Niño. 51º período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009.

- Observación General N 4 del Comité de los Derechos del Niño: "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, puntos 15 y 16".
- OMS, (2010). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá ed.
- ONU. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.
- OPS/OMS. (2009). Salud mental en la comunidad, Washington Ed. Rodriguez, J.
- WHO (2005). Mental Health Policy Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneve, Ed. WHO.
- WHO. (2005). Improving access and use of psychotropic medicines. Geneve Ed. WHO.
- Wikinski S., Jufe G. (2004). El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Buenos Aires: Médica Panamericana.

SRM Cursos®

SPM Cursos®

► **DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10
Ciudad de Buenos Aires - C1073ABA - República Argentina
Teléfono: (011) 4379-9162
e-mail: saludmental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludmental