

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

# **Beneficios de un protocolo para urgencias en Salud Mental: investigación evaluativa para su uso en el primer nivel de atención.**

Martin, Julia y De Battista, Julieta Laura.

Cita:

Martin, Julia y De Battista, Julieta Laura (2024). *Beneficios de un protocolo para urgencias en Salud Mental: investigación evaluativa para su uso en el primer nivel de atención. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/226>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/9U8>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# BENEFICIOS DE UN PROTOCOLO PARA URGENCIAS EN SALUD MENTAL: INVESTIGACIÓN EVALUATIVA PARA SU USO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Martin, Julia; De Battista, Julieta Laura

Consejo de Investigaciones Científicas PBA - Universidad Nacional Arturo Jauretche - Universidad Nacional de La Plata - Universidad de Buenos Aires - Municipalidad de Berazategui - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Berazategui, Argentina.

## RESUMEN

Este trabajo presenta los resultados de una investigación realizada a partir de la detección de obstáculos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, particularmente en lo que atañe a situaciones de riesgo. La escasez de protocolos de intervención en urgencias en salud mental en el primer nivel de atención y la percepción de que podrían limitar la lectura singular de cada situación crítica son desafíos identificados. No obstante, se considera que los protocolos son herramientas organizativas en circunstancias complejas y su implementación acompañada con capacitación tiende a evitar enfoques burocráticos. A pesar de la existencia de algunas guías nacionales y provinciales, escasea producción sobre su aplicación y adaptación territorial. Para abordar esta brecha, se diseñó un protocolo y capacitación para el personal de salud del primer nivel de atención de un territorio del área metropolitana de Buenos Aires. El objetivo de la investigación fue evaluar su efectividad. Se utilizaron métodos cuali-cuantitativos. Se halló que su implementación favoreció respuestas más adecuadas en contextos críticos y mejoró el conocimiento acerca de las estrategias de resolución que pueden efectuarse en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, redundando en reforzar factores protectores para el propio equipo de salud.

## Palabras clave

Riesgo - Salud mental - Protocolo - Primer nivel de atención

## ABSTRACT

PROFITS OF A PROTOCOL FOR MENTAL HEALTH URGENCIES: EVALUATIVE RESEARCH FOR ITS USE AT THE PRIMARY CARE LEVEL

This paper presents the results of a research carried out from the detection of obstacles in the implementation of the National Mental Health Law, especially in risk situations. The scarcity of mental health intervention protocols in the primary level of care and the perception that they could limit the singular reading of each critical situation are identified challenges. However, it is argued that standardization and protocols are organizational

tools in complex circumstances and their implementation accompanied with training tends to avoid a bureaucratic approach. Despite the existence of some national and provincial guidelines, there is little production on their application and territorial adaptation. To address this gap, a protocol and training were designed for primary health care personnel in a territory of the metropolitan area of Buenos Aires. The aim of the research was to evaluate its effectiveness. Qualitative-quantitative methods were used. It was found that the implementation of the designed protocol favored more appropriate responses in critical contexts and improved knowledge about the resolution strategies that can be carried out within the framework of the National Mental Health Law, thus reinforcing protective factors for the health team itself.

## Keywords

Risk - Mental health - Protocol - Primary health care level

## Introducción

Partimos de la existencia de problemas en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (en adelante LNSM) respecto a la actuación en situaciones de urgencia de usuarios con padecimiento psíquico, especialmente en situaciones de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros (Areco et al., 2021). Hemos delimitado algunos de estos inconvenientes en nuestras trayectorias de trabajo por distintos dispositivos de salud mental y diversos niveles de atención, que han dado lugar a estudios previos (Martin, 2015; Martin, 2016; Martin & Gil Mariño, 2023). Uno es la demora en su detección y abordaje adecuado, que opera como barrera de acceso a la salud y/o dilación en la acción (Iparraguirre et al., 2022). Otro es la fragmentación al interior del sector salud y con otros sectores (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a). La LNSM y su Decreto Reglamentario describen con claridad que la atención del riesgo debe ser realizada en Hospitales Generales, es decir el segundo nivel de atención (Ley N° 26657, 2010). Sin embargo, las situaciones de urgencia se presentan muchas veces en el primer nivel de atención y no siempre son recibidas por personal de salud mental, por lo que

resulta necesario diseñar dispositivos de abordaje adecuados para este nivel de cuidados. De allí que, ante la recepción de estas situaciones, suele aparecer el interrogante: ¿cómo actuar? Desde el diagnóstico realizado por la Dirección Municipal de Salud Mental en el territorio investigado, en el marco de capacitaciones y relevamientos previos, delimitamos algunos factores que operarían en los problemas descritos: la falta de acciones consensuadas -lo que coincide con lo hallado en los antecedentes expuestos-; el supuesto de que la intervención en riesgo en salud mental debería ser un campo reservado exclusivamente a los “especialistas”; y el desconocimiento, o interpretaciones divergentes de la LNSM (Iparraguirre et al., 2022).

Como respuesta al problema, elaboramos una propuesta adecuada a un territorio del AMBA para el personal del primer nivel -elaboración de protocolo y capacitación - que evaluamos en esta investigación. La misma se focalizó en la red asistencial del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui.

### Antecedentes

Hemos hallado escasa bibliografía sobre protocolos de intervención en salud mental en general, por contraposición a otros campos de la salud. Los textos encontrados versaban en su casi totalidad sobre investigaciones tendientes a medir el nivel de satisfacción por las prestaciones recibidas, atención de intentos autolíticos, tipos de urgencias recibidas y establecimiento de los síndromes más frecuentes, localizados en hospitales generales o monovalentes. Tan solo uno de los trabajos en la rama de enfermería se dedicaba a describir los motivos por los cuales la implementación de un protocolo era parte de una estrategia de la atención ante situaciones de crisis en salud mental (Casado Domínguez, 2019). Diferente es la situación en medicina, aquí es muy frecuente la realización de trabajos que den cuenta de los motivos de la implementación de protocolos para determinar diferentes problemáticas. Se encontró un trabajo sobre el tema específico del uso de protocolos o guías para el manejo de las urgencias en salud mental en el primer nivel de atención, fuera de nuestro país (Salvo, Florenzano & Gómez, 2021). No obstante, dicho estudio contempla sólo una de las situaciones posibles de urgencia.

A pesar de esta vacante en la investigación sobre el tema, contamos con algunas guías y lineamientos provinciales y nacionales (Subsecretaría de Salud Mental, 2022b; Dirección Nacional de Salud Mental, 2013). La Guía de 2022 sobre “Atención de Crisis y Urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos” de la Provincia de Buenos Aires, explicita que las urgencias en salud mental deben asistirse en los Hospitales Generales, pero destaca que este tipo de consultas muchas veces se detectan antes. Esto deriva en la importancia fundamental de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Esta importante consideración es acorde no sólo a las realidades de las consultas que llegan a los dispositivos, sino al Plan Provin-

cial de Salud Mental en la medida en que propone incorporar la salud mental en un sistema integrado de salud (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a).

Algunos trabajos, que no se ocupan directamente del tema de los protocolos en salud mental, mencionan objeciones a la utilización de protocolos. La crítica frecuente es que la estandarización de los protocolos sería restrictiva de la evaluación de lo singular de cada persona (Fazio et al., 2015). Otros trabajos mencionan que las situaciones de riesgo en salud mental provocan estados psíquicos de malestar tales como la ansiedad o la angustia en los profesionales, que pueden ser perjudiciales para los usuarios en tanto inciden en el modo de actuar (Martin & De Battista, 2022; Iparraguirre et al., 2022; De la Aldea & Lewkowicz, 2004). Esto resulta de importancia dado que suponemos que los protocolos en salud mental, utilizados racionalmente, podrían aportar la tranquilidad necesaria al personal que interviene en situaciones de crisis.

### Hipótesis y objetivos

Nuestra hipótesis es que un protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental destinado al personal de salud del primer nivel de atención podría contribuir a la resolución de estas situaciones en forma más adecuada.

#### Objetivo general

Evaluar la efectividad de un protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental y capacitación implementada al respecto, diseñados para personal estratégico de salud de redes asistenciales del primer nivel de atención en el territorio de estudio.

#### Objetivos específicos

1. Caracterizar las principales representaciones y modalidades de intervención habituales en situaciones críticas de salud mental en la población de estudio previo a la administración de la capacitación y el uso del protocolo.
2. Comparar la representación y modalidad de intervención en estas situaciones críticas luego de la capacitación y aplicación del protocolo.
3. Producir indicadores de efectividad sobre la implementación de la estrategia diseñada.
4. Detectar factores facilitadores u obstaculizadores en el acceso a la lectura e intervención de la situación.

#### Metodología

**Diseño:** Estudio no experimental, descriptivo, evaluativo de efectividad, con un enfoque cuali-cuantitativo. Entenderemos por efectividad a la relación entre objetivos/resultados bajo condiciones reales. La evaluación de los resultados consiste esencialmente en verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos (Bouza Suárez, 2000).

**Participantes:** El ámbito de estudio estuvo compuesto por una

red asistencial del primer nivel de atención del municipio de Berazategui, que incluye: 32 Centros de Atención Primaria de la Salud; 1 Centro odontológico; Emergencias SAME; 1 Centro de Salud Mental y una Red de Psicología en CAPS, y 1 Centro de asistencia a violencias. La muestra utilizada para el análisis de datos cuantitativos fue compuesta por las respuestas del personal de salud que, habiendo participado de la capacitación, accedió a participar a su vez de la encuesta realizada antes de la capacitación (encuesta inicial de diagnóstico de situación) y/o de la encuesta realizada tres meses después de la capacitación (encuesta de satisfacción). A los participantes se los convocó a través de comunicación interna de cada Dirección. Se construyó una muestra de 119 participantes, bajo el siguiente criterio de inclusión: ser agente de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui y dar el consentimiento informado. De esta muestra, 100 participantes se identificaron con el género femenino, 17 con el género masculino y 2 con otro género. El rango etario prevalente se ubicó entre los 40 y 49 años. Más de la mitad de los participantes trabaja en un CAPS (58%) y tiene entre 0 y 4 años de antigüedad en su trabajo (52,1%). Entre las ocupaciones más frecuentes de los participantes destacan la de personal administrativo (42%), agente sanitario (12,6%) y enfermería (10,9%), por encima de psicología (7,6%), medicina (3,4%), ambulanciero (6,7%) y radio operador del SAME (5,9%) y referente de CAPS (5,9%), entre otras. En cuanto a los participantes que respondieron a la encuesta de satisfacción se construyó una muestra de 76.

No obstante estos datos, las capacitaciones alcanzaron a un total de 60 personas de Salud Mental, 150 de CAPSA, 40 de SAME y 20 de Odontología.

Además de las muestras que utilizamos para el análisis cuantitativo, utilizamos para el análisis cualitativo observaciones participantes de las capacitaciones, en donde se registraron aspectos relevantes para la investigación. Asimismo, contamos con cinco entrevistas semiestructuradas realizadas antes del inicio de la investigación y tres meses después de las capacitaciones a personal estratégico con funciones de gestión y/o coordinación del personal de salud de las áreas de Salud Mental, CAPSA, SAME y Odontología.

**Consentimiento informado:** La investigación fue aprobada por el Comité de ética en investigación del Hospital Evita pueblo. Se realizó un proceso de consentimiento informado por escrito.

**Instrumentos:** Se diseñó un protocolo con lenguaje claro para todo el personal de salud, en soporte papel y virtual, de una carilla de extensión. Consta de una primera parte procedimental (flujograma de acciones), y otra parte de referencias legales de relevancia (artículos del Código Civil de la Nación y LNSM), así como información basada en las guías actuales (Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires, 2022b; Dirección Nacional de Salud Mental, 2013), todo ello adecuado al territorio de aplicación y sus dispositivos existentes.

Se relevó el diagnóstico inicial de situación del personal de salud que aceptó participar de la investigación respecto de la resolución actual de las situaciones críticas de salud mental a través de encuestas anónimas desarrolladas, previa obtención de consentimiento informado, en formato Google Forms. Se realizaron también 5 entrevistas semiestructuradas a referentes.

Se llevaron a cabo cuatro capacitaciones entre los meses de mayo y de junio de 2023, una con personal de CAPSA, otra con personal de Odontología, otra con personal de SAME y otra con personal de Salud Mental. Luego de capacitarlos en el uso del protocolo diseñado y al cabo de 3 meses respecto de su implementación, se realizaron encuestas de satisfacción para evaluar la efectividad del protocolo. Se analizaron también las planillas de intervención en crisis de salud mental, y las crónicas de las observaciones participantes de cada capacitación, así como registros de seguimientos de resolución de situaciones. Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas realizadas antes del inicio de la investigación y tres meses después de las capacitaciones a personal estratégico con funciones de gestión y/o coordinación del personal de salud de las áreas de salud mental, CAPSA, SAME y Odontología, y con referentes clave.

## Resultados

Del análisis de las fuentes, y con respecto a nuestro **primer objetivo específico**, se desprende que una de las características predominantes de las modalidades de intervención habituales en situaciones críticas de salud mental, previo a la administración de la capacitación y el uso del protocolo, fue cierta tendencia a minimizar la situación de urgencia en salud mental, cuestionando en parte la gravedad, al compararla con otros motivos de llamado delimitados como código rojo. Otra característica prevalente fue el hecho de recurrir casi exclusivamente a la solicitud de intervención del profesional que se supone especialista en salud mental (psicólogos y psiquiatras), con escasa resolución de situaciones sin que medie la intervención del especialista. Entendemos que esta forma de respuesta supone que “el único abordaje es el del saber especializado”, con la consecuente dilación de la acción en urgencia.

Las representaciones que se pueden extraer del material analizado convergen en una idea del usuario con padecimiento mental como alguien peligroso y que a su vez podría “manejar sus acciones”- lo que llamaremos “supuesto de la voluntad y/o intencionalidad”, tal como puede inferirse de estas frases: “quiere llamar la atención”; “si dice que se va a matar no lo va a hacer”, “si la persona no quiere, no se puede internar”. Podría interpretarse que hay cierto predominio de una mirada médico-hegemónica sobre la salud, desconocimiento sobre la LNSM o presencia de estigmas existentes sobre el usuario de salud mental representado como peligroso. El análisis cuantitativo fue congruente con el análisis cualitativo. El primer relevamiento extraído de la encuesta de diagnóstico inicial tomada previo a la capacitación a 119 participantes, nos permitió conocer que el

60% del personal había recibido o presenciado situaciones de crisis en salud mental en su trabajo en los últimos 6 meses y que la mitad (45,6%) dijo recibir tales situaciones con frecuencia. Sin embargo, el 41% no conocía el contenido de la Ley de Salud Mental, el 37% desconocía guías o protocolos específicos en salud mental o urgencias en salud mental y el 26% sentía que no tenía la capacitación para manejar situaciones de urgencia en salud mental, en parte porque no contaban con la presencia de más agentes de salud para abordar la complejidad de la situación de crisis (32,8%), con especialistas en salud mental en el momento (42,2%) o con el apoyo de personal policial (42,9%). Con respecto a nuestro **segundo objetivo específico**, el análisis cualitativo del material obtenido a posteriori de la implementación de la capacitación y el protocolo arroja una significativa mejora en la capacidad resolutoria del personal ante estas situaciones. Esta mejora se caracterizó por: el uso activo del protocolo; una disminución en la dilación de la acción -menos barreras para llamar al SAME-; respuestas más rápidas y en territorio, independientemente de la presencia de un profesional especializado en salud mental-; la aparición de diversidad de estrategias utilizadas y consultas/supervisiones realizadas posteriormente a la intervención. Inmediatamente después de la capacitación se notó un mayor requerimiento de consultas al coordinador y/o directora de salud mental para actuar en cada situación de riesgo. Una vez que se fue afianzando la disposición a actuar, esta iniciativa fue derivando en comunicar la situación a posteriori de haber realizado la intervención. Pasó de requerirse exclusivamente la “atención especializada” y disciplinar a implementar modos de acción interdisciplinarios y ajustados al protocolo, el cual aparece como una guía de acción que parece apaciguar al agente de salud mental para actuar en forma más organizada. Otra mejora se produjo con respecto a un aumento del conocimiento del usuario de salud mental, de la LNSM, y se obtuvo una mayor seguridad en la intervención; asimismo se redujo la dilatación en la acción.

Del análisis del material se extrae que también comenzaron a modificarse las representaciones que antes se polarizaban más en el usuario de salud mental como potencial peligro. Luego de la capacitación y con la implementación del protocolo comenzó a surgir la vivencia de formar parte de un equipo de trabajo que puede intervenir en crisis de salud mental con una perspectiva comunitaria. El estigma que pesa sobre el usuario de salud mental comenzó a reducirse, pasando de la consideración de la peligrosidad a la lectura de una situación de riesgo. Los participantes de la investigación otorgaron importancia al hecho de que las capacitaciones fueran realizadas por personal perteneciente al territorio. Se valoró positivamente la formación en algunos indicadores de riesgo, y que se pusiera en cuestión lo que llamaremos el “supuesto de la tranquilidad” como argumento para expulsar la atención de una situación crítica: “como ahora estaba tranquilo, no se lo quiso atender en el dispositivo de segundo nivel”; “dijo que quería matarse, pero ahora está

tranquila entonces esperamos a la atención ambulatoria”. Se reflexionó en todas las capacitaciones sobre esto, esclareciendo que la tranquilidad no es un indicador *per se*, sino que merece ser evaluado en contexto. Se trata de una respuesta habitual: “al momento de la evaluación estaba tranquilo/a”, como justificación de no intervención.

Desde una perspectiva cuantitativa el análisis de los resultados converge con lo hallado previamente. La administración del segundo cuestionario (encuesta de satisfacción) al que respondieron 76 de los participantes iniciales arrojó que el 71,1% manifestó haber recibido o presenciado situaciones de crisis en salud mental en su trabajo en los últimos tres meses y el 68,5% de los participantes refirió haber utilizado el protocolo de atención de urgencias en salud mental para resolverlas. Además, el 81,6% encontró mejoras en la resolución de tales situaciones a partir de su uso, ya sean mejoras en la situación concreta del paciente (79,7%), o ya sea ayudándoles a organizar la acción sanitaria (71%), a transitar la situación con menos ansiedad (64,5%) o a tener herramientas para que otras personas entiendan cuestiones básicas de salud mental y puedan colaborar mejor en resolverlas (69,7%). El 84,2% estuvo muy de acuerdo o de acuerdo en que el protocolo aprendido contemplaba cómo resolver la situación que luego recibió. El 97,3% destaca la importancia de la información sobre los pasos a seguir en una situación de crisis en salud mental; y el 98,7% de los participantes consideraron ‘muy satisfactoria’ o ‘satisfactoria’ la capacitación sobre la implementación del protocolo.

En base a estos resultados, y en referencia al **tercer objetivo específico**, hemos producido los siguientes indicadores de efectividad en la estrategia diseñada:

- Alta tasa de participación de los agentes a los que se les ha ofertado la capacitación.
- Identificación de situaciones de riesgo inminente en salud mental por parte del personal de salud capacitado sin requerir de la consulta a un “especialista”
- Detección de situaciones en las que es necesario consultar al “especialista” para que evalúe el riesgo.
- Utilización del protocolo como referencia en el intercambio del personal capacitado con otros efectores (personal policial o con el efector de mayor complejidad)
- Identificación de dificultades específicas en el abordaje de situaciones críticas en salud mental por parte del personal de los CAPS (intervención adecuada de las fuerzas de seguridad o del segundo nivel de atención)
- Demanda de capacitación para quienes no estuvieron presentes y para abordar otros temas de salud mental.
- Transformación en las representaciones de parte del personal considerado “no especialista” sobre la percepción del padecimiento mental que contribuyen a la desestigmatización del usuario de salud mental (presencia de empatía y comprensión)
- Disminución progresiva por parte del personal de salud mental de consultas con el equipo de gestión a la hora de identi-

- ficar el riesgo y manejar el protocolo de actuación de modo más independiente;
- Disminución de pedidos de turnos “urgentes” de psiquiatría, correlativo a un incremento del uso del protocolo;
  - Utilización de un lenguaje consensuado que mejora los canales formales e informales de comunicación para la resolución de las situaciones.
  - Con respecto al **cuarto objetivo específico**, se detectaron algunos factores facilitadores en el acceso a la lectura e intervención de las situaciones críticas:
  - Presencia física del flujograma de acción del protocolo con las referencias normativas vigentes en los lugares de trabajo, en especial los CAPS;
  - Accesibilidad de la capacitación a gran parte del personal de salud territorial, tanto por efecto directo o por efecto multiplicador de los agentes capacitados;
  - Valoración de la presencia de un referente en salud mental a quien consultar en caso de necesidad y de los espacios de diálogo sobre las acciones a seguir o sobre las acciones realizadas.
  - La capacitación y el uso del protocolo otorga mayor seguridad a la hora de decidir acciones. El conocimiento de elementos clínicos para la identificación de una situación de riesgo mejora las respuestas.
  - El reconocimiento de que el usuario de salud mental es alguien que padece mejora la posibilidad de su abordaje.
  - En cuanto a los factores obstaculizadores a la hora de implementar el protocolo, delimitamos:
  - Desinformación y/o falta de procedimientos consensuados con las fuerzas de seguridad;
  - Respuesta inadecuada de efectores del segundo nivel (rechazo de internaciones en situaciones de riesgo)
  - Persistencia de la estigmatización del usuario con padecimiento mental
  - Déficit en la inclusión de la salud mental como parte de la salud integral.

En suma, en cuanto al **objetivo general** de la investigación, se ha evaluado como efectiva la implementación del protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental y capacitación al respecto, diseñados para personal estratégico de salud de redes asistenciales del primer nivel de atención en el territorio de estudio; en tanto hemos hallado cambios sucedidos luego de dicha estrategia, adecuados los resultados a los objetivos propuestos.

El protocolo constituye una guía sintética -en contraposición con lineamientos o guías que si bien útiles no se adecúan a la consulta en situaciones de urgencia- y accesible de acción compartida por la mayoría del personal de salud del Municipio, lo que redundó en una respuesta más adecuada para los usuarios de salud mental, y en consonancia con el marco legal vigente. Asimismo, se revela como un instrumento que, junto con otras guías, linea-

mientos o protocolos de acción, contribuye a resolver algunos inconvenientes de la implementación de la LNSM en lo referido a situaciones de urgencia en salud mental, especialmente en la recepción del riesgo en el primer nivel de atención en salud.

### **Conclusiones: posibles beneficios de la construcción de protocolos para el personal de salud**

Contrastando con lo hallado en los antecedentes bibliográficos respecto de las tensiones entre lectura de situación clínica y uso de protocolos, en este caso la utilización de los mismos no parece haber limitado la capacidad de diagnóstico y actuación en situaciones de riesgo de salud mental ni parece ir en desmedro de la lectura singular, en tanto plantea pasos pero no soslaya la evaluación de la diversidad y complejidad de las situaciones, sino que funda un lenguaje común y dota de argumentos racionales para actuar. Se destaca que ha contribuido a disminuir el desconocimiento de LNSM y tiende a resolver aspectos poco definidos o sujetos a interpretaciones que pueden convertirse en barreras de acceso a la salud. Al respecto, hemos delimitado tres supuestos que configuran obstáculos a la hora de actuar: el de la necesidad del especialista, el de la voluntad/intencionalidad o dominio de las acciones y el de la tranquilidad.

Por el contrario a las críticas o resistencias a plantear protocolos de actuación en salud mental, se han constatado una serie de beneficios que pueden ponderarse positivamente:

- la disminución en la dilación de la acción frente a estas situaciones, redundando en una mejora en la calidad y complejidad de respuesta para el usuario y su grupo sociofamiliar de referencia, entendida en términos transdisciplinarios, es decir, valorando la labor en equipo, más allá de las especialidades.
- la reducción de los prejuicios sobre el usuario de salud mental y algunas lecturas de la LNSM, sobre todo en cuanto a las internaciones involuntarias.
- la mayor integración de los asuntos de salud mental a la salud integral en este primer nivel de atención (abordaje transdisciplinario que involucra a diferentes agentes de salud y personal administrativo).

Subrayaremos como hallazgo que si bien el protocolo y la capacitación apuntaron a mejorar la calidad de respuesta hacia el usuario, se encontraron como efectos relevantes los aportes al cuidado de la salud mental de los trabajadores de la salud: el uso de protocolos disminuye actitudes defensivas/expulsivas/angustia asociadas a recibir situaciones tan críticas. Contribuye como factor protector de la salud mental del agente de salud que debe actuar en situaciones críticas. El agente puede organizarse y disponerse a escuchar de otra manera, se desplaza la complejidad atribuida al usuario a pensar con otros la complejidad de la situación, lo que reenvía a un segundo factor protector de la salud mental del agente de salud que es el trabajo en equipo, el cual se revela como clave para afrontar situaciones difíciles. Finalmente, consideramos relevante continuar en la dirección de

superar brechas en el acceso a abordajes adecuados en salud mental, llegando a otros sectores involucrados como seguridad, educación y la comunidad in extenso, y a integrar los diferentes niveles del sistema de salud para un real cambio de paradigma.

## BIBLIOGRAFÍA

- Areco, A., Areco, J., & Luna, M. (2021). Hacia un paradigma situacional en salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 67(3).
- Borraro-Sánchez, G. & al. (2017). Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172q.pdf>
- Bouza Suárez, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(1), 50-56. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-466200000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-466200000100007&lng=es&tlng=es)
- Casado Domínguez, E. (2019). Propuesta de protocolo de actuación ante intentos autolíticos en el Servicio de Urgencias en la Comunidad Foral de Navarra. Recuperado de: <https://academica-e.unavarr.es/xmlui/handle/2454/33353>
- De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Recuperado de: [https://lacasona.org.ar/media/uploads/la\\_subjetividad\\_heroica\\_escrito\\_por\\_elena\\_de\\_laaldea.pdf](https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_laaldea.pdf).
- De Battista, J. (2019). Elogio del pathos en los tiempos del empuje a la despatologización. *Pathos*, 1, 37-46.
- Dirección Nacional de Salud Mental (2013). Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Recuperado de: [https://banco.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental\\_0.pdf](https://banco.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf)
- Dirección Nacional de Salud Mental (2021). Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. Recuperado de: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/plan\\_nacional\\_de\\_salud\\_mental\\_2021-2025.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_nacional_de_salud_mental_2021-2025.pdf)
- Dirección Nacional de Salud Mental (2023). Atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio en el primer y segundo nivel de atención. Recuperado de: [https://www.youtube.com/results?search\\_query=recomendaciones+para+la+atenci%C3%B3n+de+situaciones+de+intento+de+suicidio+e+el+primer+nivel+y+segundo+de+atencion](https://www.youtube.com/results?search_query=recomendaciones+para+la+atenci%C3%B3n+de+situaciones+de+intento+de+suicidio+e+el+primer+nivel+y+segundo+de+atencion)
- Fazio, V., Melamedoff, D. M., Vizzolini, L., & Santimaria, L. (2015). Dos perspectivas del diagnóstico en la urgencia en salud mental: Las normas SAME y el psicoanálisis. *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Ghioldi, L., & Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2010, Vol. 21: 63-69.
- Iparraguirre, P., Martín, J., & Maugeri, N. (2022). Creación y uso racional de protocolos de acción territoriales en salud mental: el caso de la intervención en el riesgo cierto e inminente como experiencia de gestión de la red municipal de salud mental del primer nivel de atención de la municipalidad de Berazategui. Recuperado de: [https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresoprovincialdesalud/files/2022/09/Relatos\\_de\\_experiencias\\_Parte\\_1.pdf](https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresoprovincialdesalud/files/2022/09/Relatos_de_experiencias_Parte_1.pdf)
- Ley N° 26657, Ley Nacional de Salud Mental (2010). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-79999/175977/norma.htm>
- Martín, J., & De Battista, J. (2022). Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación y personal de salud en Argentina durante la pandemia por COVID-19. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 35-43. DOI: <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.177>
- Martín, J. (2015). Complejidades de la decisión de internación en salud mental: del "riesgo cierto e inminente" a la lectura de la urgencia subjetiva. *Revista del Colegio de Psicólogos*, 8.
- Martín, J. (2016). El fundamento de la internación en salud mental en la actualidad: la «situación de riesgo cierto e inminente» en cuestión. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62(4).
- Martín, J., & Mariño, C. G. (2023). Urgences en psychiatrie et santé mentale: *intérêt* des protocoles. *L'information psychiatrique*, 99(8), 541-546.
- Morales, C. G. (2009). Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de I nivel de atención en salud, en Mistrató-Risaralda. Febrero-Abril 2009. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/9784>.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). CIE 11. Disponible en: <https://icd.who.int/en>
- Pulice, G., Zelis, O., & Manson, F. (2007). Investigar la subjetividad. *Letra Viva*.
- Peña, L. M. & al. (2008). Guía para el manejo del paciente intoxicado. Recuperado de: <https://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/vigilancia/guiatoxicologica.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). Protocolo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/protocolo>
- Resolución 506/13. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-506-2013-216049/texto>
- Salvo G., Lilian, Florenzano U., Ramón, & Gómez Ch., Alejandro. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913-919. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913>
- Sánchez Vazquez, M. J. y Azcona, M. (2023). "Triangulación metodológica: sus posibilidades y limitaciones". En M. J. Sánchez Vazquez (comp.), *Metodología en acción. Aportes a la investigación psicológica con humanos*, pp. 21-31. La Plata: Edulp. ISBN 978-950-34-2267-0.

- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE EDICIONES: Buenos Aires.
- Straus, A., & Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires (2022a). Recuperado de: <https://www.mapadelestado.gba.gov.ar/organismos/510>
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2022a). Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un Sistema Solidario e Integrado de Salud 2022-2027. Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/> Último acceso: 9 de septiembre de 2022.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires (2022b). Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN-LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf>
- Vera Carrasco, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 70-77. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200011&script=sci_arttext)
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.