

Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención

Evaluative research of a mental health urgences protocol for the primary care level

Julia Martin¹, Julieta L. De Battista², Nicolás A. Maugeri³, Maximiliano Azcona⁴

Resumen

Introducción: Esta investigación parte de algunos obstáculos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, especialmente en el primer nivel de atención y en lo relativo al manejo de urgencias, con o sin riesgo cierto e inminente. La escasez de protocolos de intervención en salud mental y la percepción de que podrían limitar la lectura singular de cada situación crítica son desafíos identificados en la práctica. No obstante, los protocolos pueden ser herramientas organizativas valoradas en circunstancias complejas. En la bibliografía se destaca la necesidad de acompañar su implementación con capacitación para evitar enfoques exclusivamente burocráticos y deshumanizados. **Materiales y métodos:** Para abordar esta brecha, se realizó esta investigación, en la que se diseñó un protocolo de actuación en urgencias de salud mental y una capacitación acorde 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 con el fin de caracterizar las intervenciones previas a la implementación del protocolo, comparándolas con las posteriores a la capacitación y aplicación del protocolo. **Resultados:** 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, reforzando asimismo factores protectores de la salud mental de los trabajadores de la salud, tales como el acceso a una estrategia que colabore en la organización de la tarea y el trabajo en equipo.

Palabras clave: protocolo, urgencias, riesgo cierto e inminente, salud mental, primer nivel de atención

Abstract

Introduction: This research stems from certain obstacles in the implementation of the National Mental Health Law, especially at the primary care level and regarding emergency management, with or without certain and imminent risk. The scarcity of mental health intervention protocols and the perception that they could limit the clinical understanding of each critical situation are challenges identified in practice. However, protocols can be valuable organizational tools

RECIBIDO 15/12/2023 - ACEPTADO 8/2/2024

¹Especialista en Psicología Clínica. Directora General de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Municipalidad de Berazategui. Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-0677-6443

²Doctora en Psicopatología de la Université de Toulouse. Investigadora Adjunta de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC). Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ-CIC, Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-2946-8806

³Lic. en Psicología. Director Ejecutivo Interino del Centro de Salud Mental "Ramón Carrillo" Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui. Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-4671-6234

⁴Doctor en Psicología. Investigador Asistente de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC). Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ-CIC y Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. 0000-0003-3024-8560

Autora correspondiente:

Julia Martin

juliamartin17@gmail.com

Lugar en donde se realizó la investigación: Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui e Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ-CIC. Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata



in complex circumstances. The literature emphasizes the need to accompany their implementation with training to prevent exclusively bureaucratic and dehumanized approaches. Materials and methods: The purpose of this work was to address this gap, by developing an emergency mental health action protocol and training for first-level health-care personnel in a territory of the metropolitan area of Buenos Aires. The research aimed to evaluate its effectiveness. Qualitative and quantitative methods were used to characterize interventions before the protocol's implementation, comparing them with those after training and protocol application. Results: It was found that this device facilitated more appropriate responses in critical contexts and improved knowledge about resolution strategies that can be implemented within the framework of the National Mental Health Law. Additionally, it strengthened protective factors for the mental health of healthcare workers, such as the possibility to access to a strategy that aids in task organization, and teamwork.

Keywords: protocol, urgencias, certain and imminent risk, mental health, primary care level

Introducción

Es conocida la existencia de problemas en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 vigente en la República Argentina (en adelante LNSM) respecto a la actuación en situaciones de urgencia de usuarios con padecimiento mental, 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 en 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?

En razón de ello, la presente investigación se focalizó en la red asistencial del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui. Como respuesta a estos obstáculos detectados ya mencionados, elaboramos una propuesta para este municipio del Área Metropolitana de la Provincia de Buenos Aires, Argentina destinada al personal del primer nivel -diseño de protocolo y ca-

pacitación - cuya efectividad hemos evaluado en esta investigación. Esto se encuentra en consonancia con lo propuesto en la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (Dirección Nacional de Salud Mental, 2021) es decir, la inclusión de la salud mental en la salud pública y la capacitación, y en las acciones de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires en lo relativo a la conformación y fortalecimiento de redes integradas con base comunitaria (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a).

Antecedentes

Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de la implementación y efectividad de protocolos de intervención en urgencias en salud mental. Se definió para el criterio de búsqueda como palabras claves: *protocolos, urgencias, salud mental, primer nivel de atención*. Se usaron buscadores como Pubmed, Scielo y Redalyc. Pocos fueron los trabajos hallados. Los mismos versaban en su amplia mayoría 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 (Morales, 2009; Sotelo et al., 2013). Tan solo uno de los trabajos describía los motivos por los cuales se implementó un protocolo como parte de una estrategia de atención ante situaciones de crisis en salud y salud mental, en la rama de enfermería (Casado Domínguez, 2019). Diferente es la situación en otros campos, como el médico general, en el que es muy frecuente la realización de trabajos que den cuenta de los motivos de la implementación de protocolos para determinar diferentes problemáticas tales como: detección de infartos (Borrayo-Sánchez et al., 2017) o manejo de pacientes (Peña, 2008), entre otros.

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 proveniente de otro país (Salvo, Florenzano & Gómez, 2021). Dicho estudio contempla sólo una de las posibles situaciones de urgencia: el intento de suicidio.

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 del 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 reconoce la importancia fundamental de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Esta importante consideración es acorde no sólo con las realidades de las consultas que llegan a los dispositivos, sino al Plan Provincial de Salud Mental en la medida en que propone incorporar la salud mental en un sistema integrado de salud (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a).

La importancia de incluir al primer nivel de atención en la intervención sobre las crisis de la salud mental es uno de los objetivos que propuso la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en su Plan 2021-2025 (Dirección Nacional de Salud Mental, 2021). Destacamos que, muy recientemente, la Dirección Nacional de Salud Mental (2023) se interesó en capacitar para el abordaje de las urgencias por intento de suicidio a personal del primer y segundo nivel de atención.

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.

Desde el diagnóstico realizado por la Dirección Municipal de Salud Mental en el territorio investi-

gado, 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).

Marco teórico

Se concibe a la salud mental según los lineamientos de la LNSM, en términos de una perspectiva de derechos interdisciplinaria, intersectorial y de participación comunitaria, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Por “padecimiento mental” entendemos al sufrimiento subjetivo que puede aparecer de diversas maneras y que perturba de alguna forma el equilibrio logrado por la persona en lo que atañe a su relación con los otros, con su cuerpo y con la realidad. Ahora bien, según la LNSM, el diagnóstico de evaluación del riesgo debe ser situacional: biológico, psicológico, social, cultural, en un momento dado, habida cuenta de los múltiples determinantes del padecimiento mental; cobra relevancia en ese sentido la idea de un diagnóstico de situación (De Battista, 2019). En la LNSM el término mayormente asociado a momentos de gravedad es el de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”, que ha reemplazado la noción de peligrosidad (Ghioldi & Toro Martínez, 2010). Es definido, como “contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. Otro término relacionado con éste, pero que abarca una amplitud más grande de situaciones y puede o no involucrar riesgo, es el de “urgencia” en salud mental, definida como “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” (Dirección Nacional de Salud Mental, 2013).

Nuestro trabajo se desarrolla en el primer nivel de atención bajo los principios de la atención primaria de la salud (APS). Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no se consideran en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Se suelen delimitar tres niveles de atención. En el primero se trata del contacto inicial de la población con el sistema de salud, en la medida en que es el más próximo. En consecuencia, permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, es de baja complejidad, y es la “puerta de entrada” al sistema de salud (Vignolo et al., 2011).

Con respecto al problema ya planteado -la incertidumbre en el modo de actuar en la recepción de urgencias en el primer nivel de atención-, consideramos que la elaboración de un protocolo de actuación puede resultar adecuada. Según la Real Academia Española (RAE, 2022), un *protocolo* es una “secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.” Encontramos una definición específica al campo de la salud: “Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, (...) Los protocolos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acortado del dispositivo asistencial. Definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas” (Vera Carrasco, 2019). Se distinguen de las guías o lineamientos por ser más sintéticos, delimitar un flujograma de pasos específicos, son de lectura ágil y contienen la información necesaria para dirimir situaciones dilemáticas.

Con respecto a la investigación que evalúa la efectividad de su utilización, 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).

Hipótesis y objetivos

Un protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental destinado al personal de salud del primer nivel de atención y la capacitación sobre su uso podría contribuir a la resolución de estas situaciones en forma más adecuada.

Objetivo general

Conocer la efectividad de un protocolo de actuación en situaciones de urgencia de salud mental y la capa-

citación 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 previamente 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.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio no experimental, descriptivo, evaluativo. Se propuso en principio como una investigación cualitativa, de carácter exploratorio. Debido a la cantidad de participantes que aceptó formar parte de la investigación, se decidió luego de la prueba piloto proseguir con un enfoque cuali-cuantitativo, por lo que se adaptaron las técnicas de recolección de datos.

Participantes

El ámbito de estudio estuvo compuesto por una red asistencial del primer nivel de atención del municipio de Berazategui, que incluye: 32 CAPS de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (CAPSA); 1 Centro odontológico; Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME); 1 Centro de Salud Mental y una Red de Psicología en CAPS, y 1 Centro de asistencia a violencias, con un total de 500 agentes, aproximadamente. La muestra utilizada para el análisis de datos cuantitativos es no probabilística y está 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).

La convocatoria se realizó 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 %), 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.

Las capacitaciones alcanzaron a un total de 70 personas del área de Salud Mental, 150 de CAPSA, 40 de SAME y 20 de Odontología.

Consentimiento informado

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital "Evita Pueblo" de Berazategui. Se realizó un proceso de consentimiento informado por escrito. El N° de registro en la Comisión Conjunta de Investigaciones de Salud es EX-2023-19730168-GDEBA-CCISMSALGP.

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 im-

plementación, 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.

Procedimiento de análisis de datos

Con el objetivo de enriquecer la validez y la confiabilidad de nuestros hallazgos, implementamos una estrategia de triangulación de datos en la presente investigación (Sánchez Vázquez & Azcona, 2023). En cuanto al análisis de los datos cuantitativos, la información obtenida con los cuestionarios fue volcada a una base de datos y fue procesada estadísticamente con el software Rstudio. Fue analizado el comportamiento y relación de un conjunto de variables de diversa naturaleza, que relevan la opinión y percepción de los participantes sobre las situaciones de urgencia en el primer nivel de atención y sus conocimientos procedimentales en el manejo de tales situaciones, tanto antes como después de la capacitación. Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, dado que los datos no necesariamente siguen una distribución normal y se utilizó un muestreo no probabilístico. Se analizaron algunas asociaciones entre las variables categóricas mediante la prueba de Ji Cuadrado con el correspondiente cálculo de tamaño del efecto mediante Phi o v de Cramer para el caso en que se hallen asociaciones significativas.

En lo que respecta al análisis cualitativo, nuestro enfoque se diseñó con el propósito de captar la riqueza y complejidad intrínsecas a las experiencias y percepciones de los participantes. Se implementó un abordaje cualitativo que permitió la exploración de patrones emergentes, temáticas recurrentes y matices presentes en las respuestas obtenidas. Tras la transcripción de las entrevistas semiestructuradas, crónicas de las observaciones participantes y registros de seguimiento de situaciones críticas, se procedió a su codificación, empleando principios generales de la teoría fundamentada, tales como el análisis comparativo constante según Strauss y Corbin (2016). En este proceso, se fomentó el uso de formas de razonamiento abductivo y analógico, siguiendo las pautas de Pulice, Zelis y

Manson (2007), lo que posibilitó la identificación de categorías y subtemas que reflejaron la diversidad de perspectivas presentes en los datos recopilados.

La estrategia de triangulación implementada se reveló esencial para abordar la complejidad de nuestro objeto de estudio, robusteciendo la validez de los hallazgos y proporcionando una base sólida para nuestras conclusiones y recomendaciones.

Resultados

Del análisis cualitativo 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 una tendencia a minimizar la situación de urgencia en salud mental, cuestionando en parte la gravedad, al compararla con otras urgencias delimitadas como “código rojo” según el vocabulario de la emergencia, tal como el paro cardiorrespiratorio.

Otra característica sobresaliente fue el hecho de recurrir casi exclusivamente a la solicitud de intervención bajo la modalidad de “pedido de turno urgente” al profesional que se supone especialista en salud mental -psicólogos y psiquiatras-, con escasa resolución de situaciones sin que medie esta intervención, a diferencia de otras situaciones críticas de salud en las que el conjunto del personal de salud tiende a colaborar. Esta forma de respuesta se fundamenta en la idea, manifestada con recurrencia en las capacitaciones, de que los asuntos críticos de salud mental sólo pueden ser receptados por un saber especializado, con la consecuente dilación de la acción en la urgencia, lo que retroalimenta una fragmentación del quehacer poco beneficiosa para el usuario y para el receptor, así como entre sectores y niveles de atención.

Ciertas 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 de acuerdo con sus intenciones”, lo que denominamos “supuesto del control voluntario e intencional de la situación”, 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”, las que se repitieron en lo registrado en los inicios de las capacitaciones.

Podría interpretarse un cierto predominio de una mirada biologicista sobre la salud, ya que los procesos

de enfermedad no considerados “mentales” serían ajenos a la voluntad o a las intenciones de quien los padece. También predominó un desconocimiento notable sobre el contenido de la LNSM, sobre todo en lo que atañe a los procedimientos vinculados al riesgo cierto e inminente.

Esto se acompaña de otro supuesto, que llamaremos “de tranquilidad”. Este argumento se reconoció como frecuente para no aceptar 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 este punto, esclareciendo que la tranquilidad no es un indicador *per se*, sino que merece ser evaluado en situación. Se trata de una respuesta habitual, y sobre todo de otros efectores que derivan o a los que se debe derivar: “al momento de la evaluación estaba tranquilo/a”, frase frecuente que acompaña el pedido de “interconsulta con psiquiatría urgente”.

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 LNSM, 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 con la consecuente 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 equipo de gestión 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, recibido como un instrumento de acompañamiento, garante del proceder, que parece apaciguar al agente de salud para actuar en forma más organizada. En esa misma línea, comenzó a evidenciarse una consolidación de equipos de trabajo más integrados, menos inhibidos para intervenir en crisis de salud mental, modificándose la representación de la recepción exclusiva del especialista. De los registros de seguimiento de situaciones críticas de las planillas de intervención, así como de las entrevistas semiestructuradas, se observó que muchas de ellas, otrora rechazadas, ahora eran detectadas en un tiempo más precoz y podían ser sujeto de intervenciones concretas, apelando a pensar con otros para resolver.

Otra mejora se produjo con respecto a un aumento del conocimiento del usuario de salud mental y de la LNSM, y se obtuvo una mayor confianza a la hora de intervenir. El estigma que pesa sobre el usuario y de salud mental comenzó a reducirse, pasando de la consideración de la peligrosidad a la lectura de una situación de riesgo, de la que se podría entrar y salir.

Los participantes de la investigación ponderaron el hecho de que las capacitaciones fueran realizadas por personal perteneciente al territorio. Se valoró positivamente la formación en algunos indicadores de riesgo y en materia legal, lo que admitieron que les daba más herramientas a la hora de discutir con otros y por tanto superar las barreras de acceso.

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 an-

siedad (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. Cabe destacar que el 94,7 % considera necesario continuar con capacitaciones en salud mental, con temáticas como ‘Suicidio adolescente’ (64,5 %), ‘Abuso sexual infantil’ (59,2 %), ‘Salud mental de los trabajadores de la salud’ (57,9 %) y ‘Consumos problemáticos’ (56,6 %).

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.
- Demanda de capacitación para quienes no estuvieron presentes y para abordar otros temas de salud mental.
- 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 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 sí es necesario consultar al “especialista” para que evalúe el riesgo.
- Identificación de dificultades específicas en el abordaje de situaciones críticas en salud mental por parte del personal de los CAPS: intervención inadecuada de fuerzas de seguridad o del segundo nivel de atención.
- Disminución de pedidos de turnos “urgentes” de psiquiatría, correlativo a un incremento del uso del protocolo.
- Disminución progresiva por parte del personal de salud de consultas con el equipo de gestión a la hora de identificar el riesgo y manejar el protocolo de actuación de modo más independiente.
- Utilización de un lenguaje consensuado, con una consecuente mejora en los canales formales e informales de comunicación para la resolución de las situaciones.

- Transformación en las representaciones de parte del personal sanitario sobre la percepción del padecimiento mental.

Con respecto al *cuarto objetivo específico*, se detectaron algunos factores facilitadores en el acceso a la lectura e intervención de las situaciones críticas.

- Accesibilidad de la capacitación a gran parte del personal de salud territorial, tanto por efecto directo o por efecto multiplicador de los agentes capacitados.
- Presencia física del protocolo con las referencias normativas vigentes en los lugares de trabajo, en especial los CAPS.
- Disponibilidad de un referente en salud mental, presencial o telemática, a quien consultar en caso de necesidad de dirimir situaciones dilemáticas o conversar sobre las acciones realizadas.
- El conocimiento de elementos clínicos y legales para la identificación de una situación de riesgo mejora las respuestas.
- El reconocimiento del usuario de salud mental como alguien que sufre un padecimiento 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 o de evaluaciones por guardia).

- Persistencia de la estigmatización del usuario con padecimiento mental.

- Déficit en la inclusión de la salud mental como parte de la salud integral.

El análisis de los datos utilizando estadística inferencial –pruebas de asociación de variables categóricas (Chi cuadrado) – muestra que el lugar de trabajo de los profesionales no está asociado de forma significativa con la frecuencia con la que reciben presentaciones de urgencia en salud mental (*ver Tabla 1*). La frecuencia de estas presentaciones tampoco se asocia con el tipo de profesión/ocupación de los participantes (*ver Tabla 2*) ni con el nivel de dificultad que experimentan al intentar resolverlas (*ver Tabla 3*).

Estos resultados parecen indicar que la dificultad en la resolución de urgencias en salud mental es independiente de la profesión, del ámbito laboral y de la percepción de los participantes sobre sus capacidades para resolverlas. Aunque la capacitación previa en situaciones de urgencia en salud mental no se asoció con el género de los participantes (*ver Tabla 4*), hallamos que hay una asociación estadísticamente significativa, de fuerza moderada, entre la capacitación previa y la edad de los participantes (*ver Tabla 5*). El

Tabla 1. Frecuencia de estas presentaciones según lugar de trabajo

Lugar	Frecuente (N=20)	Para nada frecuente (N=10)	Poco frecuente (N=60)	Total (N=90)
CAPS y salud mental	11 (55 %)	10 (100 %)	42 (70 %)	63 (70 %)
Centro odontológico	1 (5 %)	0 (0%)	6 (10%)	7 (7,8 %)
SAME	8 (40 %)	0 (0%)	12 (20 %)	20 (22,2 %)

Tabla 2. Profesión/ocupación según frecuencia de SUSM

Profesión	Frecuente (N=20)	Para nada frecuente (N=10)	Poco frecuente (N=60)	Total (N=90)
Operadores y promotores	8 (40 %)	3 (30 %)	19 (31,7 %)	30 (33,3 %)
Personal administrativo	6 (30 %)	5 (50%)	25 (41,7%)	36 (40 %)
Profesional de la salud	6 (30 %)	2 (20%)	16 (26,7 %)	24 (26,7 %)

Tabla 3. Frecuencia de urgencias en SM según dificultad percibida para resolverlas

Frecuencia	Las he resuelto sin mayores dificultades (N=41)	Me han resultado difíciles (N=23)	No creo que hayan sido situaciones difíciles de resolver (N=26)	Total (N=90)
Frecuente	7 (17,1 %)	7 (30,4 %)	6 (23,1 %)	20 (22,2 %)
Para nada frecuente	4 (9,8%)	3 (13 %)	3 (11,5 %)	10 (11,1 %)
Poco frecuente	30 (73,2 %)	13 (56,5 %)	17 (65,4%)	60 (66,7 %)

Tabla 4. Capacitación en urgencias en SM según género de los participantes

Capacitación	Femenino (N=74)	Masculino (N=15)	Otro (N=1)	Total (N=90)
No	35 (47,3 %)	8 (53,3 %)	1 (100%)	44 (48,9%)
No sé identificar	2 (2,7 %)	2 (13,3 %)	0 (0 %)	4 (4,4 %)
Sí	37 (50 %)	5 (33,3 %)	0 (0 %)	42 (46,7 %)

Tabla 5. Capacitación en urgencias en SM según edad de los participantes

Capacitación	20-29 (N=13)	30-39 (N=19)	40-49 (N=34)	50-59 (N=18)	60-69 (N=6)	Total (N=90)
No	8 (61,5 %)	11 (57,9 %)	17 (50 %)	4 (22,2%)	4 (66,7 %)	44 (48,9 %)
No sé identificar	1 (7,7 %)	1 (5,3 %)	0 (0 %)	1 (5,6 %)	1 (16,7 %)	4 (4,4 %)
Sí	4 (30,8 %)	7 (36,8 %)	17 (50 %)	13 (72,2 %)	1 (16,7 %)	42 (46,7 %)

Tabla 6. Capacitación en urgencias en SM según dificultad percibida

Capacitación	Las he resuelto sin mayores dificultades (N=41)	Me han resultado difíciles (N=23)	No creo que hayan sido situaciones difíciles de resolver (N=26)	Total (N=90)
No	16 (39 %)	15 (65,2 %)	13 (50 %)	44 (48,9 %)
No sé identificar	1 (2,4%)	0 (0 %)	3 (11,5 %)	4 (4,4 %)
Sí	24 (58,5 %)	8 (34,8 %)	10 (38,5%)	42 (46,7 %)

hecho de haber recibido algún tipo de formación o capacitación previa para detectar una urgencia en salud mental no está asociado con el nivel de dificultad encontrado para resolver tales situaciones (ver Tabla 6).

Podemos interpretar estos resultados de la siguiente forma: aunque los participantes con mayor edad tienden a tener más capacitación, esto no significa que les resulte menos dificultosa la resolución de situaciones de crisis o urgencia en salud mental. Esto parece alertar sobre la calidad, utilidad y frecuencia de las capacitaciones que se ofrecen en torno a la salud mental.

La utilización del protocolo de atención de urgencias en salud mental, luego de la capacitación, no estuvo asociada con el género (ver Tabla 7) ni con la profesión/ocupación (ver Tabla 8), ni tampoco se asoció con el lugar donde trabajan los participantes (ver Tabla 9).

Considerando que 68,5 % de los encuestados manifestó haber utilizado el protocolo para resolver situaciones de urgencia en salud mental, podemos agregar que: a pesar de las diferencias de género dentro de la muestra, no hay evidencia estadística para sugerir que el género influya en la probabilidad de utilizar el protocolo. Por otro lado, que la profesión/ocupación sea independiente del uso del protocolo significa que participantes de distintas áreas, como administrativos, personal sanitario y otros, tienen probabilidades similares de aplicar el protocolo en sus prácticas diarias. Lo mismo sucede con participantes que trabajan en diferentes entornos, como CAPS, SAME u otros, que presentan tasas de uso del protocolo similares.

En suma, en cuanto al *objetivo general* de la investigación, se ha evaluado como efectiva la implementa-

Tabla 7. Utilización del protocolo según el género de los participantes

Uso	Femenino (N=64)	Masculino (N=12)	Total (N=76)
No	19 (29,7 %)	4 (33,3%)	23 (30,3 %)
Sí	43 (67,2 %)	7 (58,3 %)	50 (65,8 %)
Missing	2 (3,1 %)	1 (8,3 %)	3 (3,9 %)

Tabla 8. Uso del protocolo según profesión/ocupación

Profesión	No (N=24)	Sí (N=52)	Total (N=76)
Operadores y promotores	6 (25 %)	8 (15,4 %)	14 (18,4 %)
Personal administrativo	12 (50 %)	19 (36,5 %)	31 (40,8 %)
Profesional de la salud	6 (25 %)	25 (48,1 %)	31 (40,8 %)

Tabla 9. Uso del protocolo según lugar de trabajo

Lugar	No (N=24)	Sí (N=52)	Total (N=76)
CAPS y salud mental	18 (75 %)	46 (88,5 %)	64 (84,2 %)
Centro odontológico	4 (16,7 %)	1 (1,9 %)	5 (6,6 %)
SAME	2 (8,3 %)	5 (9,6 %)	7 (9,2 %)

ción del protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental y capacitación al respecto; en tanto hemos hallado cambios sucedidos luego de dicha estrategia, adecuados los resultados a los objetivos propuestos.

El protocolo constituye una guía sintética 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, lineamientos 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.

Discusión y conclusiones

Frente al problema delimitado y la evaluación de la respuesta, se concluye que hay adecuación entre objetivos y resultados, en tanto se constatan resultados atribuibles al dispositivo creado para esta población de estudio, con cercanía en el tiempo, por lo que puede considerarse que la intervención investigada se evalúa como efectiva.

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 del protocolo 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 del diagnóstico situacional, en tanto plantea pasos pero no soslaya la evaluación de la diversidad y complejidad de las situaciones, sino que promueve un lenguaje común y dota de argumentos racionales para actuar. Se destaca que ha contribuido a disminuir el desconocimiento de la LNSM y tiende a resolver aspectos poco definidos o sujetos a interpretaciones que pueden convertirse en barreras de acceso a la salud. Al respecto, hallamos tres supuestos que configuran obstáculos a la hora de actuar: el de "la necesidad del especialista", el del "control voluntario e intencional de la situación por parte del usuario" y el de "la tranquilidad".

Contrariamente a las críticas o resistencias a plantear protocolos de actuación en salud mental, se han constatado una serie de efectos que pueden ponderarse positivamente:

- 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.
- Reducción de los prejuicios sobre el usuario de salud mental y de algunas interpretaciones particulares de la LNSM, sobre todo en cuanto a las internaciones involuntarias.
- Mayor inclusión 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). Esto podría contribuir a la puesta en acción de una perspectiva comunitaria, comenzando por la idea de que el mismo personal de salud es parte de la comunidad y por tanto participa en asuntos de salud mental.

Si bien el protocolo y la capacitación apuntaron a mejorar la calidad de respuesta hacia el usuario, hallamos como efectos favorables los referidos a los aportes al cuidado de la salud mental de los trabajadores de la salud: el uso del protocolo disminuye actitudes defensivas/expulsivas/angustia asociadas a recibir situaciones tan críticas. Contribuye como factor protector de la salud mental del agente sanitario 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 dificultad de la situación.

Esto reenvía a un segundo factor protector de la salud mental del agente sanitario: el trabajo en equipo, que se vio reforzado por dos aspectos. La creencia en el abordaje exclusivo de los especialistas en las situaciones de urgencia en salud mental va en detrimento de respuestas de buena calidad y eficacia. Por tanto, lo detectado como vacancia en cuanto a los aspectos

procedimentales de la LNSM, fundamentalmente en lo que respecta a la recepción de situaciones críticas y en especial de riesgo cierto e inminente, puede hallar un cauce planteando instrumentos tales como protocolos locales y adecuados a los territorios y sus recursos para organizar la acción. Asimismo, resulta crucial acompañar su uso con capacitación para que su implementación sea racional y no meramente burocrática. Sobre la misma, es importante que se haya ponderado como positivo que quienes realizaron la capacitación eran considerados “parte del equipo”.

Concluimos en que este dispositivo evaluado contribuye al tan necesario cambio de paradigma sobre los asuntos de salud mental, de forma concreta, en la comunidad conformada por el personal de salud en su conjunto, por lo que constituye un dispositivo trasladable y adaptable a otros contextos.

Como recomendaciones para las políticas públicas, si bien sabemos de la existencia de algunas guías en otros municipios, más allá de las nacionales y provinciales ya nombradas, creemos que el estilo de comunicación al que hemos llegado en este diseño de protocolo y su adaptación a los recursos existentes por territorio o efector, resulta una herramienta amena y adecuada para estas situaciones que suelen desorganizar la actividad cotidiana. Su lectura accesible y rápida la distingue de las guías que suelen explayarse, y que, si bien son un excelente soporte, se adaptan menos a las dinámicas complejas de los territorios. Las capacitaciones tienden a receptarse mejor si parten de efectores territoriales de salud mental. Es recomendable que el protocolo y su capacitación sean dirigidos a todo el personal de salud, lo que contribuye a integrar los asuntos de salud mental en la salud integral.

Finalmente, consideramos que continuar en la dirección de superar brechas en el acceso a abordajes adecuados en salud mental, articulando con otros sectores involucrados (seguridad, educación, comunidad), integrando diferentes niveles del sistema de salud e identificando barreras y facilitadores, es un camino posible para un real cambio de paradigma en cuanto al acceso a una Salud Mental Pública de calidad.

Agradecimientos: *el presente trabajo se desprende de un proyecto de investigación titulado “Problemas de implementación de la Ley de Salud Mental: evaluación de un protocolo de actuación para situaciones críticas recibidas en el primer nivel de atención”, IP101, realizado con el financiamiento del Programa de Becas en Investigación en Salud “Julieta Lanteri” 2022-2023 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires,*

Argentina. Agradecemos la colaboración de Agustina Aguirre y Melina Adilberti, integrantes del equipo de investigación, y al Dr. Pablo Costa, a la Dra. Luciana Soto, a Paula Iparraguirre y a Alejandra Duarte de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui por su apoyo y acompañamiento en la ejecución.

Conflicto de intereses: *dos de los investigadores poseen cargos de gestión en el territorio en el que fue llevada a cabo la investigación, mientras que el resto del equipo de investigación se constituyó con personal externo.*

Referencias bibliográficas

- 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
- 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.unavarra.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>
- 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://bancos.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.ieep.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
- 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_I.pdf

- Ley N° 26657, Ley Nacional de Salud Mental (2010). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-79999/175977/norma.htm>
- Martin, 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>
- Martin, 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.
- Martin, J. (2016). El fundamento de la internación en salud mental en la actualidad: la «situación de riesgo cierto e inminente» en cuestión. *Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina*, 62(4).
- Martin, J., & Mariño, C. G. (2023). Urgencias 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 primer 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/guia-toxicologica.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 Vázquez, 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. Edulp.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE EDICIONES.
- 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.mapadestado.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
- 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.