

**Ministerio de  
Salud**



**Presidencia  
de la Nación**

# **Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud**

## **Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental**

*Documento Marco para presentar ante el Consejo Federal de Salud*

Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Octubre 2015



**DIRECCIÓN NACIONAL DE  
CAPITAL HUMANO Y  
SALUD OCUPACIONAL**



**SISTEMA NACIONAL DE  
RESIDENCIAS  
DEL EQUIPO DE SALUD**



**Autoridades**

**Presidenta**

Cristina Fernández de Kirchner

**Ministro de Salud**

Daniel Gustavo Gollan

**Secretario de Políticas, Regulación e Institutos**

Mario Rovere

**Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización**

Pablo Emilio Kohan

**Directora Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional**

Isabel Duré

**Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones**

María Matilde Massa



## Índice

Presentación.....	Pág.	5
Introducción .....	Pág.	7
<b>I.- Perfil Profesional .....</b>	<b>Pág.</b>	<b>9</b>
I.1. Justificación del Perfil .....	Pág.	9
I.2. Competencia General .....	Pág.	17
I.3. Áreas de Competencia y Competencias Específicas a Todo el Equipo Interdisciplinario .....	Pág.	17
I.4. Área Ocupacional .....	Pág.	26
<b>II. Bases Curriculares .....</b>	<b>Pág.</b>	<b>27</b>
Introducción .....	Pág.	27
II.1. Bloques Transversales .....	Pág.	27
II.2. Bloques Propios del equipo interdisciplinario Salud Mental.....	Pág.	29
<b>III.- Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia .....</b>	<b>Pág.</b>	<b>33</b>
III. 1. Carga Horaria .....	Pág.	33
III. 2. Espacios de Formación .....	Pág.	33
III.3. Características de la Oferta Formativa .....	Pág.	36

### Integrantes de la Comisión Consultiva de Residencia Interdisciplinaria en salud mental

Andrea Spector, Dirección Residencia de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán

Carlos A. López, Dirección Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones

Gloria Reyero Dirección de Salud Mental de Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco

Ana María Gómez, Dirección de Salud Mental y Adicciones de la Provincia Mendoza

Liliana Olguín, Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe

Fernando Ceballos, Dirección Provincial de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe

Alejandra Mazzitelli Dirección Provincial de Coordinación de Proyectos, Ministerio Salud de la Provincia de Santa Fe

Alejo Clariá Dirección Provincial Salud Mental de la Provincia de Santa Fe

Marcela Freytes, Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria de la Provincia del Chubut

Renata Scalesa, Coordinación de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro

Claudia Baffo, Coordinación Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Río Negro

Hernán Alessandria, Dirección Provincial de Capacitación de Profesionales de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Paula Lagunas, Dirección Provincial de Capacitación de Profesionales de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Maricel Costa, Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPSI)

Juan Cristóbal Tenconi Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA)

Liliana Murdocca Federación Argentina de Asociaciones de Profesionales de Servicio Social (FAAPSS)

Silvia del Mazo Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social (FAAPSS)

Mónica González, Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de República Argentina (AEUERA)

Mario Molina, Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPA)

Mercedes Rattagan Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPA)

Martha Barboza, Asociación de Enfermería de Capital Federal (AECAP)

Liliana Moneta Asociación Argentina de Salud Mental (AASM)



Silvia Raggi Asociación Argentina de Salud Mental (AASM)

Rosana Cuomo, Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Ministerio de Salud de la Nación / Hospital Nacional en Red (Ex CENARESO)

Clara Weber Suardiaz, Federación Argentina de Unidades Académicas de Trabajo Social (FAUATS)

Carlos Tisera, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) Ministerio de Salud de la Nación

Florencia Rolfo, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) Ministerio de Salud de la Nación

Martín de Lellis, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) Ministerio de Salud de la Nación

Isabel Duré, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHYSO) Ministerio de Salud de la Nación

Daniela Daverio, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHYSO) Ministerio de Salud de la Nación

Romelia Sotelo, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHYSO) Ministerio de Salud de la Nación

Érica Riquelme, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHYSO) Ministerio de Salud de la Nación

Guido De Nicotti, Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHYSO) Ministerio de Salud de la Nación

**Colaboración:**

Verónica Roma, Dirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Viviana Patkan, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén

## PRESENTACIÓN

La necesidad de contar con un marco que regule y organice el desarrollo pedagógico de las residencias del equipo de salud a nivel nacional ha determinado el diseño y la implementación de un procedimiento de trabajo basado en acuerdos metodológicos y de contenidos sucesivos, cuyos productos son los marcos de referencia de las residencias. La creación de la Comisión Consultiva de la residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, es una acción, enmarcada en ese proyecto más amplio, que busca normalizar el perfil del egresado a nivel nacional.

La Comisión Interdisciplinaria de Salud Mental se constituyó y comenzó a funcionar en el mes de marzo de 2013. Desde su inicio participaron de ella representantes de institutos nacionales y de dependencias jurisdiccionales vinculados con las distintas profesiones referenciadas en la Ley de Salud Mental N° 26657; como así también representantes de federaciones, asociaciones profesionales y académicas.

El documento Marco de Referencia que se presenta es el producto de un largo proceso de trabajo conjunto, en el cual se revisaron y ajustaron versiones sucesivas reflejando los acuerdos alcanzados. En los acuerdos, fueron tenidos en cuenta documentos e investigaciones así como también los aportes de todos los referentes jurisdiccionales y representantes de instituciones profesionales y académicas que, en reconocimiento de su trayectoria y experiencia en la formación de residentes, conformaron esta comisión.

La Comisión organiza sus actividades en el marco de la ley N° 22.127, que establece el Sistema Nacional de Residencias bajo un régimen de actividad a tiempo completo y dedicación exclusiva, y leyes que regulan el ejercicio profesional en cada jurisdicción, la RM N° 303/08 del Ministerio de Salud de la Nación, actualmente en vigencia, que reglamenta la actividad de los residentes; las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación RM N° 450/06 mediante la cual se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y la RM N° 1342/07, mediante la cual se aprueban los criterios y estándares básicos para la evaluación de las residencias, el esquema de presentación de programas y los requisitos de inscripción de entidades evaluadoras; la Disposición N° 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización que establece el Instrumento Nacional de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud.

Por su parte la RM N° 160/11 del Ministerio de Educación, guía el trabajo de diseño del documento, ya que establece que una especialización tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o un área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.

Los Marcos de Referencia para la Formación en Residencias del equipo de salud constituyen una herramienta central del proceso de armonización de la formación en residencias en tanto establecen los componentes mínimos que tienen que estar presentes en la formación.

El documento está organizado de la siguiente forma:

*1.- Perfil Profesional:* Es la referencia fundamental ya que orienta el proceso formativo especificando las competencias que el profesional desarrollará. Constituye la principal fuente para la identificación de situaciones problemáticas que dicho profesional enfrenta en su accionar



cotidiano y que el equipo formador utilizará en el diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje. Están incluidas las *Áreas de Competencia*: en ellas se describen y explican cómo las personas operan (procesos) con los datos que poseen (información) para resolver una tarea (ejecución).

*II.- Bases Curriculares*: Este capítulo está constituido por el conjunto de saberes relevantes que integran el proceso de enseñanza. Se apoya en el concepto de contenidos, siendo éstos el conjunto de saberes o formas culturales cuya asimilación y apropiación se consideran esenciales para la formación en las competencias previstas.

*III.- Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia*: Define las características que habrán de tener las instituciones formadoras y los servicios asistenciales con los que ésta se vincule para garantizar los ámbitos adecuados para el desarrollo del proceso formativo.



## INTRODUCCION

El presente marco se referencia en la Ley Nacional 26657, que define conceptualmente a la salud mental como *"un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"* (Ley Nacional Nº 26657, Art. 3º).

En este sentido rescatamos una serie de propuestas superadoras en Salud Mental, que se resumen en los siguientes ítems:

- a. Asume la perspectiva de la complejidad para situar el peso de los múltiples determinantes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos que obran sobre la salud mental
- b. Desde una concepción de integralidad, incorpora en su enfoque el componente mental en todos los momentos relevantes del ciclo de vida (niñez, infancia, adolescencia, adultez, vejez) en todas las problemáticas complejas de salud (ej.: lesiones intencionales y no intencionales) y/o entidades clínicas y la cuestión de las adicciones.
- c. Rescata principios formulados en documentos rectores de la salud pública (ej.: Declaración de Alma Ata) que han resultado fundamentales para garantizar ese derecho: gratuidad, universalidad, equidad, integralidad, accesibilidad y calidad.
- d. Se halla centrado en el reconocimiento de las capacidades y, de acuerdo a lo pautado por la Convención Internacional para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, a la promoción de los medios que hagan posible las oportunidades de inclusión social.
- e. Promueve la apertura y funcionamiento de dispositivos sustitutivos al modelo asilar dependientes del sector salud y/o de otros sectores sociales que contribuyan al proceso de inclusión social
- f. Establece a la continuidad de cuidados como un eje transversal que promueve la coordinación de acciones entre las distintas instituciones y servicios que integran la red de servicios de salud mental.
- g. Promueve el fortalecimiento y restitución de lazos sociales, y la articulación en redes de servicios asistenciales que permitan evitar o revertir las condiciones de institucionalización y/o cronificación.
- h. Adopta la perspectiva sociocultural con el objetivo de deconstruir los mitos y prejuicios en torno a la enfermedad mental a fin de prevenir y/o evitar los efectos discriminatorios de la rotulación y estigmatización.
- i. Se fundamenta en el respeto a los derechos individuales del paciente (a la privacidad, la confidencialidad, el consentimiento informado, a aceptar o rehusar una internación, a la elección del mejor tratamiento, entre otros) y con criterios de equidad social.

- j. Promueve un enfoque basado en la interdisciplina de las prácticas como modalidad de abordaje, privilegiando la continuidad de cuidados, favoreciendo la inclusión de recursos humanos no convencionales.
- k. Formación de equipos interdisciplinarios para la construcción de pensamiento crítico a través de dispositivos institucionales utilizando estrategias pedagógicas innovadoras.
- l. Centra la atención en el concepto sufrimiento psíquico o padecimiento mental.
- m. Cuestiona el supuesto o representación de peligrosidad e introduce el concepto sanitario de riesgo como criterio demarcatorio de la necesidad de internación.
- n. Propone formas ambulatorias de atención de las problemáticas de salud mental tradicionales integradas a la sociedad y la ampliación de los escenarios de desempeño profesional, entre los cuales cobran relieve los Centros del primer nivel de atención (CAPS, CICs), la inclusión de especialistas de salud mental en la atención de crisis, urgencias o emergencias, los servicios de consulta ambulatoria y la participación de especialistas en la atención de emergencias y/o catástrofes.
- o. Trabaja sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en pos de promover la salud.
- p. Incorpora la conceptualización de ciudadanía y el enfoque de derechos como componente de las prácticas de salud mental.

## I.- PERFIL PROFESIONAL

### I.1. JUSTIFICACION DEL PERFIL

Para delimitar el concepto de Salud Mental en que se inscribe el perfil del profesional, es necesario diferenciar dos aspectos fundamentales:

a) Se trata de un objeto complejo que atañe a las diferentes modalidades socio-históricas de producción del padecimiento, las cuales constituyen la problemática singular del sujeto y requieren por ello incorporar también al análisis el peso de los determinantes sociales de la salud.

Más precisamente, de acuerdo a la definición conceptual de Salud Mental explicitada en el marco de la ley Nacional 26657, queda claro que la salud mental resulta inescindible de la salud desde una perspectiva de integralidad, y de la necesidad de garantizar el logro de las mejores condiciones posibles para el desarrollo físico, intelectual y afectivo.

Este modo de concebir el objeto de la salud mental cuestiona las tradicionales concepciones de entidades patológicas o trastornos que, aislando una dimensión biológica, psicológica o social, desvincula la problemática del padecimiento mental de los determinantes biológicos, psicológicos o sociales implicados en su producción.

Dado su carácter complejo, el objeto de la salud mental se configura como tal en un área específica del conocimiento en el que convergen disciplinas científicas, teorías, tecnologías y prácticas que se integran en el proceso de atención. Esto requiere un abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria que excede la sumatoria de miradas.

b) La Salud Mental como un campo social que se constituye a partir de adscripciones político-institucionales, académicas y/o de agrupamientos con fines profesionales, gremiales y/o académicos de las diversas disciplinas intervinientes.

En el marco de un determinado contexto histórico, político y cultural, los saberes, las estrategias terapéuticas, los modos de financiamiento, las configuraciones de la demanda de atención en salud mental condicionan el tipo de instituciones y profesionales reconocidos como socialmente habilitados para ofrecer respuestas institucionales en la atención de la salud mental.

Se configuran dispositivos socio comunitarios de inclusión, que pretenden dar una respuesta alternativa a la internación, tales como casas de medio camino, granjas, hospital de día, que se van ampliando a otras más vinculadas a la empresa social, casas de convivencia y talleres de formación laboral que poco a poco se articulan para alojar a las personas con padecimiento mental.

Otra cuestión que cambia a través de la ley Nacional 26657, es el rol de la justicia, ya que se plantea la garantía de derecho y la revisión periódica de la internación así como la necesidad de establecer otras estrategias para el abordaje del sujeto que padece, tanto en los periodos críticos como los de reinclusión social.

Dado que en este campo institucionalizado de la Salud Mental confluyen actores que desarrollan estrategias para la consecución de los objetivos e intereses, a menudo contrapuestos, representa un ámbito de potencial conflicto y puja sectorial. Por ello, en este campo específico, se debe reconocer

sin ingenuidad lo que estaría en juego en torno al establecimiento de la "competencia científica", a saber, la demarcación de la normalidad y la locura, la delimitación de prácticas terapéuticas y diagnósticas consideradas como científicamente legítimas, para abordar y afrontar el padecimiento mental.

### **I.1.1 Campo de la Salud Mental: Antecedentes Históricos**

Para comprender los factores que gravitaron en la constitución en nuestro país del campo del que estamos hablando, es oportuno mencionar algunas referencias históricas recientes:

En el año 1957 el Gobierno argentino crea el Instituto Nacional de la Salud Mental como organismo descentralizado y autárquico, cuyo objetivo era formular lineamientos de política pública que comprendieran a las numerosas instituciones monovalentes que aún pertenecían a la jurisdicción nacional.

En el año 1958 y bajo la conducción de Mauricio Goldemberg se crea el servicio de psicopatología del Hospital Araoz Alfaro (Evita) de Lanús, que procuraba reducir al máximo la internación de los enfermos y propiciaba su atención por consultorios externos. La labor de este servicio adquirirá celebridad por las iniciativas de apertura de sus prácticas hacia la comunidad y el énfasis en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías.

Durante la década del '60 y '70, se difunden las experiencias de reforma implementadas en diversas regiones del mundo, entre las cuales sobresale la realizada en la localidad de Trieste (Italia) con el liderazgo incuestionable de Franco Basaglia, la rejerarquización de las comunidades terapéuticas como dispositivos alternativos a la institucionalización y la apertura de Centros de Salud Mental en la comunidad durante la administración del presidente Kennedy en los Estados Unidos de Norteamérica. Dichas experiencias se constituyeron en una referencia importante en toda la región de América Latina.

A partir del año 1967 se implementa el Plan diseñado por Goldemberg cuyo ámbito de aplicación fue en ese entonces la Capital Federal (denominado Plan Nacional porque la Capital Federal era por entonces territorio bajo jurisdicción nacional), y en el cual se aplicaron gran parte de las lecciones aprendidas durante la experiencia realizada en el Hospital Araoz Alfaro.

A partir de esta década comienzan a desarrollarse experiencias innovadoras de reforma institucional en las provincias de Mendoza, Entre Ríos y la provincia de Buenos Aires, así como, tras el fin de la dictadura, en las provincias de Río Negro y San Luis entre otras, las mismas se constituyeron en importantes hitos para promover la reforma o supresión de las instituciones asilares y establecer una línea rectora para orientar las políticas de salud mental con base territorial. Estas experiencias han sido innovadoras en materia de atención de las personas con trastornos mentales, permitiendo repensar aspectos tales como: a) los servicios de salud mental integrados a los servicios generales de salud y la coordinación de los servicios de salud con dispositivos comunitarios; b) la atención de colectivos sociales vulnerados; c) el tratamiento de problemáticas de relevancia epidemiológica, tales como el alcoholismo y otras problemáticas prevalentes en salud mental; d) la disminución de camas asilares y la apertura de dispositivos de base comunitaria; e) el fomento de acciones que impulsan la inclusión social; f) las medidas para evitar o revertir la segregación y estigmatización de las personas con padecimientos mentales.

Más recientemente, la conformación de este campo se ha visto alentada por la emergencia de diversos actores (por ej.: Asociaciones de usuarios y familiares, Organismos para la defensa de Derechos Humanos) que, sosteniendo posturas ideológicas basadas en el enfoque de derechos, han cuestionado la organización del modelo (en términos de distribución del poder) y sus resultados finales, tales como la ocurrencia de violaciones de los derechos de las personas y una grave ineficiencia e ineficacia en el logro de las metas sanitarias.

Así considerado, resulta evidente la complejidad estructural del objeto y la heterogeneidad de actores que operan en el campo institucionalizado de la salud mental, lo cual obliga a perfeccionar las respuestas en materia de políticas públicas y de organización de los servicios de salud.

En Argentina, los primeros antecedentes de capacitación interdisciplinaria en Salud Mental coinciden con el retorno de la democracia en los inicios de los años '80 y la institucionalización de la Dirección Nacional de Salud Mental como organismo ejecutor de las políticas públicas en salud mental.

En esta época se vivía en la sociedad un clima de vibrante entusiasmo vinculado con la recuperación de las instituciones democráticas y republicanas, así como la movilización de numerosos colectivos sociales vulnerados en sus derechos, que hallaban entonces inéditas oportunidades de expresión y participación.

En el año 1984 se da a publicidad el Informe Goldemberg, denominado "Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental" que formula los principios rectores de las políticas que serán adoptadas por la Dirección Nacional de Salud Mental; y en el que se destaca la importancia de la formación de los recursos humanos que estarían en condiciones de dar respuesta a los desafíos y problemáticas emergentes.

Inspirados en la experiencia de Trieste y en otras que se llevaron a cabo en diferentes regiones de Europa y América Latina, los cursos que se organizaron y dictaron durante esa época en distintas regiones del país durante la gestión del Dr. Vicente Galli introdujeron en nuestro país el enfoque y las experiencias nutridas en los postulados de la interdisciplina, la desinstitucionalización y la salud mental comunitaria.

En el año 1990 se suscribe, en un encuentro patrocinado y convocado por la OPS, la Declaración de Caracas, en la cual se plantea fundamentalmente la necesidad de que el modelo de atención y la formación de recursos humanos no adopte como eje central de sustentación al hospital psiquiátrico, promueven el fortalecimiento y reorganización de los servicios de salud y enfatiza la integración del componente de salud mental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Sistemas Locales de Salud.

Respecto de la formación de los recursos humanos, en dicho documento se plantea taxativamente en su Artículo 5º lo siguiente: *"Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración"*.

Dicho documento se consolida con la declaración de los principios rectores de Brasilia y logra plena ratificación a 20 años de la Declaración de Caracas a través del Consenso de Panamá; el cual jerarquiza como uno de los temas prioritarios la cuestión de la formación de los recursos humanos desde una perspectiva interdisciplinaria e incorpora la visión de los derechos y la inclusión social.

En el año 1992 la Organización Mundial de la Salud sancionó que el día 10 de octubre sea reconocido como Día Mundial de la Salud Mental, reforzando la concientización sobre las cuestiones vinculadas a este campo y promoviendo estrategias para influir en las agendas e iniciativas políticas de los gobiernos nacionales.

Durante el año 2001 la OMS convocó a una gran cantidad de expertos, autoridades gubernamentales y otros actores sociales relevantes para la elaboración de un documento para trazar un diagnóstico de situación epidemiológica, política, legal e institucional de la salud mental en el mundo, que se vio reflejada en el *Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Un hito significativo de este nuevo paradigma ha sido la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y su Protocolo Facultativo el 13 de diciembre de 2006, ya que destacó la necesidad de que los Estados parte de las Naciones Unidas realicen acciones positivas que promuevan la adecuación del entorno y la supresión de barreras, lo cual mereció la adhesión de Argentina durante el año 2008, otorgándole valor supraconstitucional.

En dicho Documento se aclaran y precisan las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y se propone un cambio de paradigma en la regulación de la capacidad jurídica, que consiste en el paso del sistema de sustitución al sistema de apoyo en la toma de decisiones. Además de los mencionados antecedentes mundiales y nacionales que abonan la importancia de los problemas de salud mental, debe señalarse también que la evolución de los cupos de residencias en salud mental, de financiamiento nacional, han sido variados. Los registros de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional muestran cupos asignados a la Ciudad de Buenos Aires (entonces Capital Federal) y Córdoba en el año 1986. Desde esa fecha hasta el año 2005 las asignaciones de cupos han sido irregulares aunque se fue federalizando al incorporarse provincias como San Luis y Salta en 1989; Chaco, Entre Ríos y Corrientes en 1990; Mendoza en 1991; Santa Fe en 1992; Misiones y Río Negro en 1994; La Rioja en 1995; Chubut en 2007.

Las instituciones descentralizadas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación también han recibido cupos de residencia interdisciplinaria en Salud Mental, la Colonia Montes de Oca en el año 2004 y Hospital en Red (ex CENARESO) en 2013.

Entre el año 1986 y 2005 el máximo de asignaciones de cupos han sido de 18. Sin embargo a partir del año 2005 se nota un incremento importante hasta llegar al 2014 con 104 cupos asignados para residentes de primer año.

En el año 2014 la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional - Ministerio de Salud de la Nación financió 243 becas en todo el país para profesionales del campo de la salud mental.

### 1.1.2. Hitos Político-Institucionales Recientes

Se han producido recientemente en nuestro país una serie de hitos institucionales que jerarquizan y ubican a la salud mental en la agenda pública y promueven una serie de medidas político-institucionales para implementar los cambios necesarios en todo el territorio nacional.

a) Las iniciativas de varias jurisdicciones (Chubut, Río Negro, San Luis, San Juan, Entre Ríos, Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe) que adoptaron procesos de renovación legislativa incorporando las

cuestiones que componen la agenda de la reforma que había comenzado a implementarse en todo el mundo, expresada en la Declaración de Caracas y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales.

b) La formulación del Plan Federal de Salud (año 2004), el cual establece que la salud debe protegerse mediante acciones del Estado, poniendo énfasis en las acciones preventivas y el logro de la mayor accesibilidad a los servicios y prestaciones necesarias tomando a la estrategia de APS como eje organizador del sistema de atención. Se plantean lineamientos tales como la jerarquización de las acciones de promoción y prevención, la construcción de redes regionales que integren lo público y lo privado, el desarrollo y/o fortalecimiento de los sistemas de información en áreas estratégicas y las políticas de recursos humanos.

A lo largo de su historia, diversos fallos sancionados por la Corte han puesto en agenda la situación del proceso de atención dispensado a las personas con trastornos mentales, cuestionando aquellos criterios y modalidades de internación que vulneran los derechos de las personas asistidas. Tales como el fallo *Duba de Moracich* del año 1923; el fallo *TUFANO* del año 2005 el fallo *RMA* sobre internación psiquiátrica forzosa del año 2008, el fallo *ARRIOLA* del año 2009. En el caso de los fallos más recientes, invocan sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (ej: caso *Ximenes López vs. República Federativa del Brasil* del año 2005), otros instrumentos internacionales de protección de derechos y de la propia Corte Suprema cuya aplicación resulta completamente fundada para el caso de la internación forzosa e indebida de las personas con trastornos mentales, al definirlos como formas de privación ilegítima de la libertad.

c) La sanción de la Ley nacional de Salud Mental 26657, que se ha constituido como un nuevo acontecimiento en el campo jurídico, político e institucional. Como toda herramienta de transformación, devela por un lado la tensión entre el viejo y el nuevo paradigma y, por otra parte, pone de manifiesto la brecha entre los aspectos normativos respecto de la práctica de las instituciones y profesionales que componen los servicios de salud mental. Basada en una perspectiva de derechos, la ley refuerza varios de los ejes de la formación de la RISAM como competencias necesarias de los profesionales y de sus prestaciones asistenciales y sitúa al Hospital General como recurso fundamental para realizar internaciones a cargo de equipos interdisciplinarios, promueven la creación de una red de servicios basada en la comunidad, poniendo énfasis en la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red.

d) La Reglamentación de dicha ley mediante el Decreto N° 603/2013, que constituyó la cristalización de una ardua tarea de consultas y redacción en conjunto con las provincias, organismos públicos y entidades de la sociedad civil, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la posterior revisión del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.

e) El Decreto Presidencial 457/10 de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que se constituirá como autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, en concordancia con los lineamientos del Plan Federal de Salud.

f) El Plan Nacional de Salud Mental (Resolución Ministerial N° 2177/2013), que basado en lo normado en el Artículo 31 de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario y atendiendo a las acciones comprendidas en la Dirección Nacional por el Decreto antes aludido, da cumplimiento a la necesidad de integrar en un Plan Nacional todas las iniciativas, proyectos y

programas en la materia, así como la articulación interministerial, intersectorial e interjurisdiccional con las demás acciones del Ministerio de Salud en particular y de los demás Ministerios en general.

g) Un conjunto de normas promulgadas en los últimos quince años y que terminaron de consolidar un proceso relevante de transformación en las prácticas de salud que comprenden, entre otras, a las siguientes leyes: Ley nacional 24.788 de prevención y lucha contra el alcoholismo, Ley nacional 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; Ley nacional 26.529 de los derechos del paciente; Ley Nacional Nº 26378 de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad; la ley 26934 que crea el Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos.

### 1.1.3. Sobre el Área de Formación en Salud Mental

Esta área especializada de formación ha logrado un probado reconocimiento a partir de diversos antecedentes político-institucionales que resulta menester consignar:

- a) Por un lado, la progresiva inclusión del componente Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud (ley 25421) concebida como una estrategia que atraviesa todos los niveles de atención, desbordando y trascendiendo el tradicional foco en los "trastornos mentales severos" para pasar a incluir una variada gama de situaciones y problemas que afectan a las personas en su vida cotidiana.
- b) Un extendido consenso mundial respecto de la relevancia epidemiológica que presenta la problemática de la salud mental y la necesidad de adoptar políticas públicas en la materia. En tal sentido, el Informe de Salud Mental de la OMS del año 2001 plantea que los padecimientos mentales afectan a más del 25% de la población en algún momento de su vida y que el 20% de los personas que buscan ayuda en los centros de atención primaria presentan una o más problemáticas vinculadas a la salud mental.
- c) La constitución de equipos interdisciplinarios en numerosas instituciones asistenciales (ej.: servicios de salud mental en Hospitales Generales), dando respuesta a una gran cantidad de nuevos desafíos para los profesionales y técnicos incorporados a tales instituciones y/o servicios.
- d) La complejidad cada vez mayor de las disciplinas (psicología, trabajo social) y/o especialidades (psiquiatría, enfermería en salud mental) que constituyen el campo de la salud mental, se expresa en los mayores requerimientos de actualización y calificación en la materia.
- e) El logro de una creciente legitimación de profesiones que conforman el equipo interdisciplinario de salud, mediante la sanción de leyes de ejercicio profesional a nivel nacional y provincial lo que les otorga mayor autonomía profesional.
- f) El surgimiento de otras disciplinas (por ejemplo, terapia ocupacional, psicopedagogía, musicoterapia) y de saberes aún no suficiente o adecuadamente regulados (ej.: acompañamiento terapéutico), así como el aporte específico de las ciencias sociales (sociología, antropología, economía) y jurídicas que efectúan una contribución insustituible para la comprensión y diseño de nuevos lineamientos de acción.
- g) La consolidación de asociaciones interdisciplinarias y la convocatoria a eventos académicos que se constituyen en espacios relevantes para la actualización y debate sobre los temas que afrontan las especialidades disciplinarias desde el reconocimiento de un campo común de pertenencia científico y profesional.

- h) La apertura de instancias de formación universitaria, principalmente en el nivel de posgrado, que apuntan a fortalecer las competencias para incorporarse plenamente a la labor de los equipos de salud desde una perspectiva sanitaria.
- i) La apertura y posterior expansión de las RISAM en diversos ámbitos jurisdiccionales del territorio nacional, intentando dar respuesta a una importante área de vacancia en la formación profesional, y a las variadas y complejas demandas de atención que fueron planteándose desde los años 90 en adelante. En tal sentido, pese a que los resultados finales de tales experiencias han sido altamente dependientes de las restricciones y facilitadores de los distintos contextos de realización, el saldo ha sido francamente positivo en la medida que permitió desarrollar el enfoque interdisciplinario de formación en salud mental.

#### 1.1.4. Sobre la Interdisciplina

La ley Nacional 26657 aboga en su texto por la necesidad de adoptar una perspectiva basada en la integración horizontal de quienes conforman el equipo interdisciplinario de salud.

En tal sentido, no todo conjunto de miradas disciplinares conforman una perspectiva interdisciplinaria. Cuando no se plantea un marco de teórico común ni un espacio de prácticas compartidas que haga posible algún tipo de integración se trata de una mera yuxtaposición de disciplinas, debiendo reservarse entonces el término de multidisciplinaria.

La perspectiva interdisciplinaria excede la sumatoria de miradas disciplinares parciales para avanzar en un nuevo modo de construir el objeto, pues no supone el borramiento de las especificidades disciplinares y sus incumbencias sino, por el contrario, el reconocimiento de las múltiples dimensiones implicadas en los distintos momentos del proceso de atención.

Tal como sostiene Rolando García, la interdisciplina supone que los miembros del equipo tengan la capacidad de descentración necesaria para: a) comprender y apreciar los problemas planteados a su propio dominio desde los otros dominios; b) percibir aquellos problemas de su dominio que se prolongan en los otros...". Este enfoque permite vincular la problemática del padecimiento mental a los determinantes sociales implicados e imbricados en su producción.

La interdisciplina es un proceso de construcción relacional entre actores institucionales, quienes más allá de su disciplina habitan un espacio sin fronteras precisas. La construcción de un espacio de conocimiento que expande las fronteras de lo disciplinario surge de un intenso proceso de interpelación entre disciplinas particulares que problematizan su objeto (por medio de Interrogaciones o cuestionamientos recíprocos) y, al mismo tiempo, permiten revisar los propios supuestos teóricos y metodológicos en los que se basa la perspectiva de cada especialización profesional.

Por ello, cuando un equipo de trabajo conformado por disciplinas distintas se plantea una tarea compartida para dar respuesta a problemas comunes no está exenta de conflictos que deben ser reconocidos como parte inherente del proceso de integración. Dice Rolando García: "La integración debe realizarse no sólo a nivel de las disciplinas sino entre los miembros del equipo, porque el saber no basta para saber hacer. La interdisciplina se relaciona con aperturas conceptuales y perceptivas

relacionadas con vínculos y emociones más que con voluntades. Se juegan en ello no sólo identidades profesionales sino también personales<sup>1</sup>.

Un concepto central que ha alentado aún más el enfoque interdisciplinario es el problema o la situación problema. El problema es un aspecto de la realidad que no se agota ni se explica por una sola mirada disciplinar (que, habitualmente, destaca una dimensión por sobre las restantes – ej: biológica, social, psicológica, cultural, política-) y cuyo abordaje requiere una modalidad original de trabajar entre las disciplinas.

Con el objetivo de afrontar tales problemas (dificilmente encasillables como objetos puros del conocimiento ya que suelen presentarse como demandas complejas e inarticuladas) se desarrollan prácticas sustentadas en enfoques ideológicos, científicos y técnicos de muy diverso orden, y a menudo atravesadas por contradicciones que es menester superar para otorgarle mayor coherencia y eficacia a las acciones.

En el ámbito de los servicios, los equipos interdisciplinarios de atención se constituyen a través de la identidad profesional mucho más que por la identidad científica y/o disciplinaria que fundamenta dicho accionar profesional, lo cual refleja un deslizamiento del campo científico y/o metodológico al campo de las prácticas institucionales<sup>2</sup>.

A partir de este marco referencial deben incorporarse a la RISAM los siguientes lineamientos orientadores de la formación:

- a. Que el aprendizaje de lo interdisciplinario se realiza no desde una perspectiva meramente investigativa sino a través de prácticas que se realizan para afrontar problemas comunes que afectan el desempeño de los servicios institucionales de salud mental.
- b. Que dicho aprendizaje, en el cual debe conjugarse lo teórico y lo práctico, se realiza a partir de una base cualitativamente distinta sustentada en la formación diferencial que porta cada uno de los miembros del equipo profesional.
- c. Que lo anterior no obstaculiza a que la carga horaria sea en una importante proporción volcada al aprendizaje de contenidos comunes a todas las disciplinas (ej: psicofarmacología, determinantes sociales de la salud mental, marco normativo) pero que reserve también un número de horas para efectuar la necesaria supervisión de aquellos aspectos que remiten a la especificidad (e incumbencias) propias de cada profesión.
- d. Se infiere, a partir de lo anterior, que deben plantearse espacios comunes de formación y espacios específicos para cada disciplina pero que ello no debe obstaculizar nunca la finalidad última de promover la integración en la práctica del equipo interdisciplinario de salud mental.
- e. Que la integración en el plano de las prácticas es condición para pensar en una mayor integración en el plano teórico y científico, mediante la producción de un conocimiento emergente de carácter interdisciplinario que trascienda la mera sumatoria de los conocimientos disciplinaarios.

<sup>1</sup> García, R. Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. Ponencia presentada en las Cuartas Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Primeras de Medicina Social, Bs.As. 1990.

<sup>2</sup> Stolkóner, A. La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Campos Psi- Revista de Información Especializada. Año 3. Nº 10. Abril de 1999, Rosario.

## 1.2 AREA COMPETENCIA GENERAL

El egresado de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental estará capacitado para implementar estrategias de salud mental comunitaria, incorporando acciones de promoción, prevención y asistencia y rehabilitación social, desde una perspectiva de continuidad de cuidados, utilizando las diferentes modalidades disponibles en la red sociosanitaria local y regional.

Asimismo podrá intervenir en la atención de la salud mental de las personas en su comunidad, promoviendo el abordaje interdisciplinario y la articulación intersectorial, para su inclusión social.

También implementará estrategias de salud mental para la reducción de riesgos y vulnerabilidades en las situaciones de emergencia y desastres. Además participará en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas en los ámbitos de desempeño del equipo y gestionará el trabajo del equipo interdisciplinario en el sistema de salud, fomentando la participación en los procesos de transformación del mismo.

## 1.3 ÁREAS DE COMPETENCIA Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS A TODO EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

### Área de competencia I:

Abordar en forma interdisciplinaria e intersectorial la salud mental desde un enfoque comunitario, con acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación con inclusión social desde una perspectiva de continuidad de cuidados, utilizando las diferentes modalidades disponibles en la red sociosanitaria local y regional.

Competencias específicas	Criterios de realización
Realizar análisis de situación de salud y diagnóstico comunitario participativo en salud mental	<p>Se trabaja en forma interdisciplinaria, intersectorial y participativa.</p> <p>Se indagan las características sociales, ocupacionales culturales, demográficas y ambientales mediante relevamiento de la información secundaria con la comunidad.</p> <p>Se diseñan y aplican instrumentos y técnicas de recolección de información (fuentes primarias y secundarias)</p> <p>Se privilegia la utilización de técnicas grupales como herramientas de intervención.</p> <p>Se sistematizan y analizan los datos mediante diversas técnicas (mapeo y georreferenciamiento entre otras)</p> <p>Se conoce y comprende la información epidemiológica local y regional.</p> <p>Se conoce el mapa de riesgos y vulnerabilidades en emergencia y desastres de la comunidad de referencia</p>

Competencias específicas	Criterios de realización
	<p>Se identifican, formulan y analizan los problemas relevados de Salud Mental y Adicciones y sus determinantes.</p> <p>Se realiza un mapeo de los recursos sociosanitarios convencionales y no convencionales y se identifican actores clave a nivel local</p> <p>Se organizan dispositivos de Intervención posibles de acuerdo a los recursos técnico-profesionales disponibles, a las estrategias protocolizadas y a las demandas del Centro Operativo de Emergencia</p> <p>Se establecen criterios de priorización para la toma de decisiones.</p>
<p>Desarrollar intervenciones para la promoción, protección, prevención y asistencia de la salud mental con la comunidad</p>	<p>Se conoce y aplica la legislación vigente, nacional y provincial, en relación a los procesos de Salud Mental y sus modelos de abordaje vinculadas a la protección Integral de las personas, al respeto por la diversidad y ambientes saludables, entre otros.</p> <p>Se conocen, analizan y aplican los protocolos nacionales (defensa civil, Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones entre otros) e internacionales (OPS, OMS, Cruz Roja entre otros) de intervención en salud mental en situación de emergencias y desastres.</p> <p>Se priorizan las intervenciones en salud mental en el marco de las políticas públicas de manera participativa en función del análisis de situación realizado</p> <p>Se diseñan estrategias específicas de intervención comunitaria para el abordaje de diversas problemáticas con base en la comunidad (violencia, suicidios, adicciones) mediante dispositivos que generen condiciones para la inclusión social de las personas con padecimiento subjetivo.</p> <p>Se implementan estrategias para la inclusión social que tiendan a la vinculación comunitaria, social, educativa y laboral de las personas en tratamiento</p> <p>Se realizan intervenciones de contención psicosocial en emergencia y desastre, para afectados primarios, secundarios y terciarios</p> <p>Se prevé acciones a fin de mitigar los efectos sobre la salud mental asociados a situaciones de emergencia y desastre</p> <p>Se establecen objetivos, metas e indicadores evaluables.</p> <p>Se definen los recursos necesarios para las intervenciones programadas.</p> <p>Se gestiona y articula el trabajo interinstitucional e intersectorial</p> <p>Se formulan acuerdos interinstitucionales.</p> <p>Se monitorean las actividades de forma permanente y se realizan evaluaciones sistemáticas y participativas de las intervenciones a través de los indicadores enunciados.</p> <p>Se revisa la estrategia abordada a partir de los objetivos de la intervención</p>
<p>Realizar evaluación integral del sujeto, su familia y su comunidad</p>	<p>Conocer el contexto institucional, los recursos de la red de salud y los recursos comunitarios</p> <p>Se conocen las implicancias jurídico legales</p> <p>Se consideran los procesos administrativos de los distintos dispositivos de la red públicos y privados sociales y sanitarios. ( Incluye caps, consultorios, dispositivos de medio camino y otros)</p>

Área de competencia II: Gestionar el trabajo del equipo interdisciplinario en el sistema de salud y promover la participación en los procesos de transformación del mismo

Competencias específicas	Criterios de Realización
Gestionar el trabajo del equipo en el sistema de salud local y en el ámbito institucional en el cual se desempeña.	<p>Se conocen los principios básicos de las políticas sanitarias nacionales y jurisdiccionales.</p> <p>Se conocen las características básicas de la red de servicios de salud en Argentina.</p> <p>Se consideran los Programas Nacionales y Jurisdiccionales pertinentes</p> <p>Se conoce el contexto institucional y los recursos de la red de salud</p> <p>Se conoce la estructura y el funcionamiento del sistema de salud local (red de efectores y dispositivos de salud mental, referencia y contra-referencia)</p> <p>Se conoce y aplica el marco normativo vigente que regula la práctica profesional.</p> <p>Se conocen y aplican las guías de procedimientos y protocolos de intervención.</p> <p>Se identifican las modalidades de acceso de los personas al sistema de salud, en general y al servicio de salud mental en particular</p>
Gestionar las modalidades de intervención en salud mental	<p>Se planifican, ejecutan y evalúan proyectos de intervención surgidos de investigaciones previas</p> <p>Se participa activamente en los procesos de transformación de las prácticas en Salud Mental en concordancia con la normativa vigente.</p> <p>Se realiza una evaluación permanente de los procesos de gestión.</p>
Gestionar el acceso de las personas a los recursos para la atención y la inclusión social	<p>Se realizan procesos administrativos para garantizar el acceso a los derechos de las personas (documentación personal, alojamiento, cobertura por discapacidad, etc)</p> <p>Se evalúan las diferentes alternativas de cobertura de los subsectores público, privado y de la seguridad social</p> <p>Se realizan las derivaciones acorde a los recursos identificados</p> <p>Se identifican los casos que ameriten el acceso a la certificación de discapacidad.</p> <p>Se asesora y acompaña a la persona y su familia en el proceso de acceso a los recursos que la Ley de Discapacidad provee.</p>
Registrar en la HC y los demás registros institucionales todas las acciones realizadas en la red de servicios	<p>Se reconoce la importancia de los sistemas de registros en la planificación sanitaria</p> <p>Se reconoce la importancia del registro de las prácticas en HC de forma correcta, integral e interdisciplinaria.</p> <p>Se conocen y aplican los aspectos éticos y legales para la toma de conocimiento informado.</p> <p>Se implementan las acciones para dar cumplimiento al proceso de consentimiento informado</p> <p>Se utilizan los registros vigentes y se evalúa la necesidad de adecuación de</p>

Competencias específicas	Criterios de Realización
	<p>los mismos a la normativa vigente. Se diseñan nuevos registros en función de las necesidades.</p>
Desarrollar diferentes estrategias de comunicación	<p>Se adecúan los procesos de comunicación a los destinatarios teniendo en cuenta las características de la comunidad, familia y personas Se jerarquizan los componentes culturales y sociales que pueden incidir en el proceso terapéutico Se reconoce y se considera la importancia de la comunicación entre los integrantes del equipo interdisciplinario y el aporte de cada disciplina para la resolución de los problemas Se favorece la construcción de los espacios de comunicación interinstitucional e intersectorial Se analizan, sistematizan y dan a conocer en diferentes ámbitos las experiencias de trabajo realizadas</p>
Evaluar la calidad, eficacia, pertinencia, de las intervenciones realizadas	<p>Se analizan críticamente las intervenciones terapéuticas de forma integral Se contrastan las intervenciones realizadas con las estipuladas de acuerdo a la normativa vigente Se analizan las dificultades en la implementación de las intervenciones realizadas Se realizan las acciones necesarias para mejorar las prestaciones futuras Se promueve la realización de ateneos interdisciplinarios e intersectoriales.</p>
Gestionar el cuidado del equipo de salud	<p>Se identifican los factores de riesgo y se generan estrategias de prevención. Se evalúa el daño o situación traumática que sufre el equipo de salud en situaciones de emergencia y catástrofe. Se promueve la creación de ámbitos para el cuidado de la salud mental de los miembros del equipo de salud. Se revisa la estrategia abordada a partir de los objetivos de la intervención</p>

**Área de competencia III:** Intervenir en la atención de la salud mental de las personas en su comunidad a través de las diferentes modalidades disponibles en la red de servicios del sistema local de salud

Competencias específicas	Criterios de realización
Definir los criterios del proceso de admisión de las personas que consultan en forma ambulatoria tanto sea	<p>Se evalúan las necesidades y demandas de las personas y su grupo de referencia. Se tienen en cuenta las guías y protocolos Se toman en cuenta antecedentes relevantes, tratamientos previos y factores desencadenantes.</p>

Competencias específicas	Criterios de realización
para un CAPS como un consultorio externo hospitalario	<p>Se tiene en cuenta la semiología para elaboración del diagnóstico presuntivo.</p> <p>Se conocen y aplican técnicas y recursos diagnósticos.</p> <p>Se establece el motivo de consulta y un diagnóstico presuntivo</p> <p>Se define una estrategia terapéutica acorde a la singularidad de cada caso</p> <p>Se reconoce la estructura familiar y los referentes vinculares y sus posibilidades de contención</p>
Diseñar e implementar las estrategias de abordaje ambulatorio	<p>Se gestionan las respuestas y los recursos adecuados a las necesidades detectadas</p> <p>Se realiza el abordaje terapéutico acorde a las necesidades y los recursos</p> <p>Se implementan las intervenciones terapéuticas</p> <p>Se interviene considerando las particularidades del grupo etario y la diversidad cultural</p> <p>Se consideran los posibles criterios de agrupabilidad y los dispositivos grupales apropiados.</p> <p>Se trabaja con el equipo de salud, realizando las interconsultas pertinentes y los exámenes complementarios necesarios.</p> <p>Se establece criterio de prioridad en la solicitud de la derivación oportuna.</p> <p>Se realiza abordaje familiar y de los referentes vinculares.</p>
Dar respuesta al pedido de interconsulta de diferentes servicios y/o especialidades	<p>Se evalúa la solicitud de interconsulta y analiza la estrategia a seguir de acuerdo a normas institucionales.</p> <p>Se toma contacto con profesionales de la salud y otros, con quienes se recaba el motivo de interconsulta</p> <p>Se recaban datos necesarios para obtener un diagnóstico de situación a través del paciente, familiares, registros u otras fuentes</p> <p>Se hacen diagnósticos diferenciales, respetando una mirada de salud integral, se diseña la estrategia e implementa.</p> <p>Se realiza una devolución escrita (en HC u otros registros) al profesional solicitante</p>
Implementar el proceso de internación/ externación de las personas cuyo padecimiento lo requiera	<p>Se conocen las implicancias jurídico legales de la indicación de internación.</p> <p>Se definen criterios de evaluación según la problemática de salud mental específica.</p> <p>Se trabaja en forma articulada con equipos interdisciplinarios de urgencia y otros dispositivos.</p> <p>Se realiza evaluación de estrategias de tratamiento previas si las hubiere.</p> <p>Se consignan antecedentes relevantes y factores desencadenantes del padecimiento mental.</p> <p>Se realiza diagnóstico integral teniendo en cuenta la semiología, técnicas y recursos diagnósticos.</p> <p>Se reconoce la estructura familiar y los referentes vinculares y sus posibilidades de contención</p>



Competencias específicas	Criterios de realización
	<p>Se incorpora a la familia a dispositivos terapéuticos complementarios</p> <p>Se realiza evaluación del contexto socio-ambiental, económico, cultural y sanitario.</p> <p>Se consideran las alternativas de internación: domiciliaria, hospitalaria, regímenes de hospitalización parcial (hospital de día, de medio día, de noche)</p> <p>Se aplican procedimientos jurídicos legales de acuerdo a la política de derechos.</p> <p>Se diseña e implementa el plan de tratamiento</p> <p>Se considera la estrategia terapéutica con el horizonte de la inclusión social y en consonancia con las políticas de derechos.</p> <p>Se respetan protocolos y tiempos de actuación y articulación con el poder judicial respetando los marcos regulatorios vigentes</p> <p>Se considera la evolución clínica y se re diseñan los objetivos cuando esto sea necesario</p> <p>Se planifican salidas transitorias progresivas cuando sean pertinentes y se evalúan los resultados</p> <p>Se implementa el proceso de externación cumpliendo los procedimientos legales vigentes</p> <p>Se trabaja la articulación con los otros dispositivos y recursos socio-sanitarios a cargo del seguimiento ambulatorio favoreciendo la continuidad de cuidado</p> <p>Se implementan procesos de acompañamiento y externación asistida en los casos que corresponda.</p>
<p>Intervenir en la urgencia en diferentes escenarios y situaciones (servicio de guardia, urgencia en sala/consultorio/caps, vía pública)</p>	<p>Se conoce el contexto institucional en el que ocurre la urgencia y los recursos de la red de salud</p> <p>Se conocen las implicancias jurídico legales y administrativas de la intervención en la urgencia</p> <p>Se toman en cuenta los recursos con los que cuenta el sistema socio sanitario público, privado y de la seguridad social, y la cobertura de salud de la persona.</p> <p>Se conocen las guías y protocolos de intervención en vigencia</p> <p>Se realiza evaluación diagnóstica integral jerarquizando la información obtenida</p> <p>Se discrimina y diferencia la urgencia, la crisis y la emergencia</p> <p>Se evalúa si la situación implica un riesgo concreto para la vida cuya asistencia debe ser inmediata.</p> <p>Se evalúa si la situación de padecimiento implica una ruptura transitoria individual, familiar o comunitaria</p> <p>Se identifica la situación de riesgo cierto e inminente</p> <p>Se identifica la situación que no implica urgencia y se reorienta la demanda.</p> <p>Se identifican los procedimientos correspondientes para la urgencia, crisis y emergencia</p>



Competencias específicas	Criterios de realización
	<p>Se realiza evaluación del contexto familiar, socioambiental, económico y cultural</p> <p>Se toman en cuenta las particularidades de los diferentes grupos etarios</p> <p>Se considera la necesidad de realizar estudios complementarios</p> <p>Se aplican los protocolos pertinentes.</p> <p>Se tiene en cuenta la seguridad del paciente y del equipo tratante</p> <p>Se identifica si hay o no criterios de internación</p> <p>Se inicia/confecciona el registro/Historia Clínica</p> <p>Se incluye la perspectiva de la persona, la familia y otros actores significativos del entorno</p> <p>Se considera la perspectiva intercultural</p> <p>Se realiza la intervención en función de las especificidades disciplinarias, en el marco del trabajo interdisciplinario.</p> <p>Se trabaja con otros integrantes del equipo de salud, realizando las interconsultas pertinentes cuando el caso lo amerite.</p> <p>Se establece criterio de prioridad en la solicitud de las interconsultas</p> <p>Se realiza un abordaje basado en la integralidad y continuidad de cuidados</p> <p>Se evalúa la eficacia y pertinencia de la intervención realizada por el equipo</p> <p>Se elabora el plan de seguimiento</p> <p>Se realiza derivación oportuna y la articulación con las instancias correspondientes</p>
<p>Implementar acciones de atención y rehabilitación con inclusión social del padecimiento mental en unidades y/o dispositivos sociosanitarios para la inclusión social</p>	<p>Se conocen las instituciones sanitarias y sociales (Centros de Día, Talleres y otros existentes), posibles de ser integradas como dispositivos para la inclusión social.</p> <p>Se conocen los objetivos generales y específicos del dispositivo, organización y/o institución que se integra al plan terapéutico.</p> <p>Se trabaja en forma articulada con otros dispositivos o modalidades de atención</p> <p>Se conocen las implicancias jurídicas y legales de responsabilidad con la persona.</p> <p>Se consideran las lógicas y pautas institucionales.</p> <p>Se conocen otros recursos sanitarios, intersectoriales y comunitarios y su disponibilidad.</p> <p>Se conocen e implementan los procesos de admisión utilizando los criterios del dispositivo conjugando las funciones y prestaciones con las necesidades terapéuticas de la persona</p> <p>Se realiza un análisis de los recursos personales, familiares y sociales para la instrumentación de la estrategia de inclusión, considerando el grado de funcionalidad psicosocial y evaluando cuidados y grados de apoyo requeridos.</p> <p>Se establece un plan de trabajo y acuerdos con la persona, sus referentes vinculares y/u otros actores intervinientes en el caso.</p>

Competencias específicas	Criterios de realización
	<p>Se identifican los procesos que conlleven riesgos o amenazas y aquellos que resulten favorecedores para la inclusión social en las tramas relacionales vinculares.</p> <p>Se desarrolla una actitud reflexiva para la toma de decisiones en el planteo de la estrategia terapéutica.</p> <p>Se implementa la estrategia terapéutica y de inclusión social</p> <p>Se identifican indicadores de mejoría y progreso terapéutico y de desarrollo subjetivo para la inclusión social.</p> <p>Se promueve el trabajo grupal para favorecer el lazo social</p> <p>Se implementa el proceso de egreso del dispositivo con su inclusión socio sanitaria.</p> <p>Se consideran y evalúan situaciones de personas con padecimientos mentales graves y de personas con internación prolongada</p> <p>Se realiza seguimiento en forma articulada con los otros actores involucrados</p> <p>Se evalúan los resultados del proceso en sus aspectos individuales, grupales y comunitarios en forma consensuada con la persona.</p>

**Área de competencia IV:** Participar en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas, en los ámbitos de desempeño del equipo.

Competencias específicas	Criterios de realización
Participar en acciones de educación permanente	<p>Se generan procesos de actualización continua interdisciplinar específicos según las necesidades y en adecuación al contexto de la práctica y las demandas de la población.</p> <p>Se asiste a espacios de intercambio previstos para la discusión de casos y situaciones de la práctica.</p> <p>Se proponen modalidades de formación con intervención de otros sectores vinculadas a la práctica profesional sobre temas actuales, prevalentes e incidentes.</p> <p>Se planifican y desarrollan actividades de formación con distintos modos de participación (organizador, disertante, asistente, etc.) destinadas a individuos, grupos y comunidades.</p> <p>Se realiza una evaluación permanente de las actividades programadas</p>
Realizar tareas de investigación cuyos resultados propicien el avance del	<p>Se reconoce el proceso de cuestionamiento y pensamiento crítico como constitutivo de las prácticas.</p> <p>Se reconoce a la investigación como constitutiva del conocimiento científico.</p>

Competencias específicas	Criterios de Realización
<p>conocimiento y de la práctica profesional.</p>	<p>Se prioriza la investigación de las problemáticas identificadas como relevantes desde el enfoque comunitario.</p> <p>Se construye el objeto de conocimiento con un enfoque crítico, ético y en el marco de la garantía y protección de los derechos humanos.</p> <p>Se define la estrategia de investigación en función del problema y los recursos existentes.</p> <p>Se efectúa el relevamiento de las producciones científicas referentes al problema de investigación planteado.</p> <p>Se gestiona la viabilidad de la propuesta de investigación y el posible apoyo de agencias de investigación científica (CONICET, etc.), la generación de recursos y los acuerdos entre los actores.</p> <p>Se implementan y/o elaboran protocolos o guías con la aprobación de los comités de bio-ética, docencia e investigación de instituciones sanitarias y/u otros organismos.</p> <p>Se evalúa la pertinencia de participación de los sujetos como miembros de la comunidad en los diferentes momentos del proceso de investigación</p> <p>Se elaboran estrategias para la comunicación de resultados, de manera que sea accesible para la población involucrada y que aporten a los procesos de salud colectiva.</p> <p>Se gestionan estrategias para la publicación y presentación de trabajos de investigación en espacios científicos (congresos, jornadas, publicaciones con referato, etc.)</p> <p>Se evalúa en forma permanente las tareas de investigación.</p>
<p>Participar y organizar tareas de supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas como parte del proceso de formación</p>	<p>Se define el espacio de revisión y evaluación de las prácticas y el encuadre de trabajo con énfasis en lo grupal e interdisciplinario.</p> <p>Se habilitan procesos para la reflexión y el análisis tutorado, en torno a la práctica disciplinar e interdisciplinaria.</p> <p>Se promueve la inclusión de consultores externos de distintos sectores y disciplinas si fuese necesario</p> <p>Se favorece la adquisición de habilidades y herramientas para coordinar espacios de revisión y evaluación de las prácticas para mejorar la calidad de la atención.</p> <p>Se realiza una evaluación permanente de las tareas de supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas</p>

#### 1.4. ÁREA OCUPACIONAL

Los ámbitos de desempeño del equipo en salud mental son:

Centros de Salud

Hospital General

Hospital Monovalente en proceso de adecuación avalado por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.

Centros de inclusión social

Instituciones de la seguridad social

También en:

- Instituciones de formación en ciencias de la salud
- Comités Científicos
- Organismos vinculados a la gestión sanitaria (nacional, jurisdiccional, municipal)
- Otros organismos de gestión estatal o privada (Justicia, Educación, Derechos Humanos, Desarrollo Social, etc.)
- Organismos de investigación
- Asociaciones científicas y/o profesionales
- Organizaciones de la Sociedad Civil

## II.- BASES CURRICULARES

### INTRODUCCIÓN

En este nivel de concreción curricular quedan establecidos los conocimientos que se definen como indispensables para la formación en Salud Mental

La educación de posgrado propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,
- articula teoría y práctica,
- integra distintos tipos de formación,
- estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,
- articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.

### II.1. BLOQUES TRANSVERSALES

Los contenidos transversales abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, comunes a todas las profesiones. Y contextualizan y determinan el ejercicio profesional, según tres aspectos: conceptual, procedimental y actitudinal. Esto significa que tienen un carácter teórico-práctico; es decir que la formación en estos contenidos se hace tanto en situación de práctica clínica (atención de personas en distintos escenarios), como en situaciones de clase, ateneos, talleres, etc.

Los contenidos transversales se organizan en tres ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud. El primero recalca el rol del profesional como parte y actor del sistema para garantizar el derecho a la salud. El segundo subraya el vínculo del profesional con los otros sujetos de derecho que acceden a las instituciones de salud. El último enfatiza el valor de la educación permanente y de la investigación para la mejora de la atención.

#### 1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud

- Análisis de situación de salud. Dimensión social: Complejidad y estructura preexistente. Dimensión política: Perspectivas nacional, jurisdiccional y local en el abordaje de los problemas de salud de la población. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Epidemiología. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Dimensión epistemológica: concepciones y paradigmas relacionados a la salud.
- El sistema de salud. Lógicas institucionales y organizacionales del sistema. Su dinamismo. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias.



- El profesional como gestor: el ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión.
- El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.
- Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.
- Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.

## 2. Los sujetos de derecho en el sistema de salud

- Sujetos de derecho: personas, familias y profesionales. Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones.
- Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional sobre: ejercicio profesional, derechos del paciente y del trabajo. Ley nacional de Salud Mental N° 26657 y Decreto Reglamentario N° 603/13.
- El paciente y sus referentes vinculares como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado.
- Comunicación. Comunicación institucional y con las personas como constitutiva de las buenas prácticas en salud. La comunicación como vínculo para las actividades de prevención y tratamiento de enfermedades y de promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.
- El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.
- Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Dimensiones del cuidado del ambiente para la salud del paciente, del profesional y del equipo.
- El profesional en el mercado de trabajo. Responsabilidades civiles y penales del ejercicio profesional.

## 3. El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos

- El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de la educación permanente en salud.
- La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, etc.).
- El profesional como parte responsable de la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica.

- Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación.
- Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de traductores virtuales.
- Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.

## II. 2. BLOQUES PROPIOS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL

### Marco Político-Institucional

- La salud como construcción cultural. Definición y alcances del campo de la Salud Mental. Paradigmas de concepciones y prácticas en Salud Mental.
- Legislación nacional y jurisdiccional en Salud Mental. Marco normativo relacionado con la salud mental, las adicciones y la discapacidad. Políticas de Salud Mental: reforma del modelo asilar- tutelar. Estrategias de externación asistida. Planes y Programas de Salud Mental a Nivel Nacional y Jurisdiccional. Normas y directrices de calidad de atención de los servicios de salud mental. Monitoreo y Evaluación de Sistemas y Servicios.
- La Salud Mental en la planificación, organización y funcionamiento del sistema sanitario.
- Análisis de situación en Salud Mental. Metodología, fuentes e instrumentos de recolección de datos. Interpretación de indicadores sanitarios, socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos. Mapeo de Recursos formales y no formales. Georreferenciamiento
- Epidemiología en Salud Mental. Distintos enfoques. Definiciones. Razonamiento y método epidemiológico. Relación entre la estadística, la clínica y las ciencias aplicadas al nivel poblacional. Tipos de indicadores. Fuentes primarias y secundarias de información. Los usos de la epidemiología: toma de decisiones, determinación de prioridades, planificación y evaluación de servicios, formulación de políticas en salud. Principales indicadores epidemiológicos de Salud Mental en la Región y la Argentina.
- Estructura y características de la Red de Servicios de Salud/Salud Mental de la jurisdicción. Modalidades de Atención. Instituciones componentes de la red de atención. Centros del 1º Nivel de Atención (CAPS/CICs); Servicios de salud mental en Hospitales Generales; Dispositivos intermedios (habitacionales, laborales, etc.), Instituciones en proceso de adecuación a la legislación vigente y red asistencial para la sustitución progresiva de Instituciones Monovalente. Características de cada dispositivo y su relación con la Red Local de Salud. Procedimientos de coordinación institucional.
- La Atención Primaria de la Salud como política y estrategia sanitaria. La salud mental en la Atención Primaria de la Salud. Ejes de la promoción de la salud: acciones políticas, ambientales, comunitarias, educativas, culturales y de reorganización de los servicios de salud.
- Los momentos del proceso de atención: promoción y protección de la salud; Prevención oportuna; tratamiento con inclusión social, Intervención en crisis/urgencias. Asistencia desde la perspectiva de Derechos y Continuidad de Cuidados. Estrategias en salud mental en las situaciones de emergencia y desastres.

- Modalidades de participación comunitaria. Procesos de fortalecimiento colectivo y rol de las organizaciones comunitarias. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios.
- Redes sociales e institucionales. Conceptos y prácticas. Sus ventajas y dificultades en la creación del sostén social en situaciones de riesgo emocional. Identificación de recursos formales e informales. Evaluación, integración y fortalecimiento de redes sociales e institucionales.
- Diagnóstico Comunitario y diseño de proyectos de intervención. El diagnóstico local participativo. Discusiones sobre la participación. Niveles de participación. Enfoque estratégico. Mapeo de actores claves a incluir en un diagnóstico participativo local. Tratamiento de acuerdos y conflictos.
- La investigación al servicio de la formulación y evaluación de proyectos de intervención local en salud. Noción de diseño. Momentos en el proceso de intervención y evaluación.
- Guías y protocolos de atención en emergencias y catástrofes.

#### Proceso de Atención

- Modelo comunitario de atención en Salud Mental. Dispositivos institucionales y terapéuticos sustitutos del monovalente. Procesos de desinstitucionalización y desmanicomialización. Coordinación de servicios sectoriales e intersectoriales. Redes de servicios en Salud Mental. Dimensiones clínicas, grupales, institucionales, comunitarias. Referencia y contrarreferencia.
- La historia de la Salud Mental como construcción social: de la locura al padecimiento mental. Surgimiento y consolidación de las disciplinas del campo de la Salud Mental. La Salud Mental como campo interdisciplinario. Rupturas epistemológicas y experiencias emblemáticas en Salud Mental en Argentina. Corrientes teóricas principales. Desarrollo de la psicofarmacología.
- Clínica ampliada. Concepto. Diagnóstico Integral y Proyecto Terapéutico. Consentimiento informado. La interdisciplina en el equipo de salud. Herramientas de comunicación en salud. Estructuras y procedimientos de gestión del trabajo clínico.
- Diagnóstico Integral.
  - Caracterización Integral del sujeto y su padecimiento. Necesidad y demanda en salud mental: su relación con la accesibilidad a servicios. Recepción y orientación de la demanda. Abordaje etnográfico, histórico y social. Instrumentos de recolección de la información diagnóstica. Entrevistas: anamnesis clínica, La reconstrucción de pautas narrativas en el sujeto. Registro para la evolución del malestar del sujeto y su grupo. Pautas para la confección y uso de la Historia Clínica. Evaluación del contexto familiar: tipologías y dinámicas de interacción. Evaluación de las redes sociales de apoyo y sostén.
  - Áreas de valoración que debe incluir el diagnóstico. Estudios complementarios de Laboratorio e Imágenes. Sistemas clasificatorios vigentes. CIE-10. Evaluación neurocognitiva. Técnicas de evaluación Psicométricas y Projectivas. Otros procedimientos psicodiagnósticos. Procedimientos, entidades e Indicadores para el diagnóstico diferencial.
- Enfoque multidimensional del ciclo de vida. Problemas vinculares, personales, familiares y sociales. Problemáticas emergentes locales. Problemáticas prevalentes y específicas en los

distintos momentos del ciclo vital. Estructuras y configuraciones clínicas. Psicopatología. Nosografías psiquiátricas y psicológicas. Síndromes y Trastornos. Semiología: Neurosis, psicosis, esquizofrenia, demencias, toxicomanías y otras. Manifestaciones clínicas. Diagnósticos diferenciales. Otras demandas en Salud Mental: Violencia y Abuso Sexual, Adicciones, Suicidio e intentos de suicidio Discapacidad intelectual. Abordaje social basado en el sistema de apoyos y la protección de derechos. Evaluación de discapacidad y de capacidad jurídica en el marco de la Convención Internacional y las leyes nacionales de discapacidad y de salud mental.

- Estrategias de tratamiento. Modelos psicoterapéuticos: Individual, grupal, familiar. Configuraciones vinculares. Recursos terapéuticos de apoyo. Uso de protocolos vigentes. Guías y lineamientos para la orientación y evaluación del trabajo clínico. La interconsulta. La salud mental integrada a otras áreas de salud (nutrición, infectología, pediatría, oncología, etc.).
- Psicofarmacología. Estrategia farmacológica. Criterios para iniciar el tratamiento farmacológico. Uso responsable de psicofármacos en el marco de una estrategia terapéutica. El abordaje interdisciplinario del tratamiento farmacológico.
- Monitoreo y evaluación del proceso terapéutico. Ajustes y adecuación del tratamiento. Derivación: evaluación de dispositivos posibles. Inclusión y autonomía del sujeto en la vida cotidiana. Alta: criterios para fin del tratamiento.
- Relación de las instituciones sanitarias y la administración de justicia. Judicialización de la salud mental. Internación involuntaria. Evaluación interdisciplinaria de salud y confección de Informes a las autoridades judiciales. Curatela. Rol de los Órganos de Revisión.
- Catástrofes: Antecedentes y riesgos naturales de acuerdo a la región. Otros desastres, catástrofes y emergencias. Impacto de los desastres naturales y no naturales en la salud mental de la población. Marco normativo vigente y desarrollo de objetivos, líneas de acción y tareas específicas en el marco de los planes de atención en salud mental en situaciones de catástrofe.

#### Dispositivos

*Los contenidos correspondientes a los dispositivos, comprenderán en su referencia a las distintas franjas etarias (niñez, adolescencia, adultez y vejez), así como al consumo problemático de sustancias*

#### Urgencia

- Urgencia, emergencia y crisis: definiciones conceptuales. Marco normativo vigente.
- Medidas iniciales de cuidado. Evaluación integral del estado de la persona y la situación. Evaluación del estado psíquico global
- Semiología. Cuadros o manifestaciones más comunes en la urgencia: excitación psicomotriz, inhibición psicomotriz, estados confusionales, crisis de ansiedad/angustia, estado delirante/alucinatorio, síndromes relacionados con el uso de psicofármacos, intento de suicidio, autolesiones, problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias, problemas relacionados con la violencia, el maltrato y abuso sexual, conductas adictivas. Incidentes críticos. Catástrofes.
- Pautas para el establecimiento de diagnósticos diferenciales.

- Atención de la crisis: recepción, diagnóstico interdisciplinario de situación, diseño de la estrategia de abordaje y conducción de la misma, diagnóstico de finalización de la crisis y derivación o alta.
- Plan de tratamiento. Abordajes individual, grupal y comunitario. Guías y Protocolos de intervención en las situaciones de crisis
- Estrategias de abordaje: psicosocial, psicoterapéutica y psicofarmacológica.
- Pautas para la restricción física y/o sujeción mecánica. Protocolos vigentes.
- Registros en la urgencia
- Proceso de construcción del consentimiento informado

#### Internación / Externación

- Internación voluntaria e involuntaria.
- Proceso de construcción del consentimiento informado
- Criterios de internación. Evaluación del riesgo cierto e inminente para sí y para terceros.
- Cuadros más comunes en la internación: crisis y/o descompensación de padecimientos mentales severos, consumo problemático, conductas adictivas, trastornos severos de ansiedad y otros
- Guías y Protocolos de intervención en la internación
- Estrategias terapéuticas en la internación. Control clínico general de evolución del paciente
- La Externación como parte del proceso terapéutico: establecimiento del alta referenciada.
- Garantía de continuidad de cuidados. Orientación a la familia y al grupo conviviente.
- Registros en la internación

#### Atención Ambulatoria

- La Atención Ambulatoria. Criterios y decisiones terapéuticas. Su instrumentación en las instituciones que integran los distintos niveles del sistema de salud: consultorio externo de Hospital general, Centros de Atención Primaria de la Salud, Centros de Integración Comunitaria. Coordinación de servicios de salud y articulación intersectorial.
- Marco normativo vigente.
- Problemas más frecuentes en la atención ambulatoria. Semiología. Problemas vinculares, afrontamiento de crisis y/o circunstancias vitales, problemas del desarrollo y del aprendizaje, alteraciones emocionales y cognitivas, trastornos leves de ansiedad, crisis vitales, depresiones, duelo, abuso sexual, consumo problemático sustancias psicoactivas (alcohol y otras), conductas adictivas.
- Pautas para el establecimiento de diagnósticos diferenciales. Agrupación Sindrómica. Historia del sufrimiento en el sujeto. Contexto. Manifestaciones.
- La Admisión como proceso. Derivación. Seguimiento. Modalidades de abordaje y tratamiento terapéutico: Individual, Grupal, Familiar. Tipos de Entrevista.
- Asesoría/Consejería. Orientación a la familia y al grupo socio afectivo. Reforzamiento de lazos sociales.

- Adherencia a tratamiento: su relevancia en la atención clínica. Acceso y administración de la medicación.
- Registros en la Atención Ambulatoria.
- Visitas domiciliarias/ entrevista domiciliaria

#### Interconsulta

- Interconsulta: definición. La interconsulta como una práctica.
- El proceso de la interconsulta: reconocimiento de la necesidad, oportunidad y caracterización de la demanda, modalidades y dinámicas frecuentes.
- El contexto institucional. El equipo interviniente y la situación clínica. Informe y devolución al equipo consultante.
- Situaciones más comunes de interconsulta: psicoprofilaxis quirúrgica, depresión y psicosis puerperal, maltrato, abuso sexual infantil, violencia, complicaciones psicológicas asociadas a la atención de problemáticas funcionales (ej.: cardiológicas, nefrológicas, diabetes, quemados)
- Registros en la Interconsulta.

#### Atención en Dispositivos de Inclusión Social

- Definición conceptual. Características y objetivos de los dispositivos de inclusión social
  - a. Centro/ Hospital de día
  - b. Dispositivos habitacionales
  - c. Emprendimientos socioproductivos
  - d. Dispositivos asistenciales con especificidad por grupo etario (ej.: Niños, Adolescentes, Adultos, Gerontes)
  - e. Dispositivos asistenciales con especificidad por problemáticas de salud mental o tipo de padecimiento (ej.: Adicciones)
  - f. Otros dispositivos de inclusión social
- Marco normativo e institucional vigente de los dispositivos.
- Caracterización básica de los dispositivos y/o unidades de inclusión social.
- Los programas de reintegración a la vida comunitaria de personas con hospitalismo. Políticas sobre rehabilitación en inserción social para personas con padecimientos de larga evolución.
- Empleo con Apoyo. La Empresa Social, modelo de producción sociocultural.
- Objetivos terapéuticos de los dispositivos: contención, promoción de la autonomía y la autogestión, inclusión sociolaboral, educativa. Empoderamiento.
- Procesos de reforma: debates históricos y actuales en torno a la desmanicomialización y desinstitutionalización.
- Criterios de admisión e inclusión en dispositivos comunitarios terapéuticos, residenciales y/o de inclusión sociolaboral.

### III. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD MENTAL

#### Duración

Deberá tener una duración mínima de 3 años

#### III.1 CARGA HORARIA

La Residencia de Salud Mental es una residencia interdisciplinaria con una duración mínima prevista de 3 años.

El residente desarrolla su actividad teórico asistencial en el horario previsto de acuerdo a la normativa jurisdiccional.

Se prevé un máximo de 8 guardias por mes que deberán estar separadas como mínimo por 24 horas. Deberán contar con un descanso post-guardia.

El esquema de distribución de guardias debe desarrollarse de forma equilibrada en el transcurso de todo el programa de residencia.

Este marco de referencia respeta las normativas legales jurisdiccionales de carga horaria de guardias prevista en la formación.

#### III.2 ESPACIOS DE FORMACIÓN

Se espera que cada residencia garantice los espacios de aprendizaje mínimos para la formación del profesional. Cuando los espacios de formación no se encuentren disponibles en la sede, deberán tener acuerdos formalizados con otras instituciones para brindar los contenidos y prácticas explicitados en este marco de referencia.

Distribución de tiempo semanal estimado por tipo de actividad:

- 70% Formativo Asistencial
- 20% Actividades formativa no asistencial. (Ej: clases, ateneos, jornadas)
- 5% Gestión
- 5% Investigación

El 80 % del tiempo se dedicará a la formación del Residente en el equipo interdisciplinario de salud y el 20 % a la formación disciplinar (tanto obligatorio como optativo)

Dentro del 80 % de formación interdisciplinaria se contemplará el 65% como obligatorio con porcentajes mínimos. Un 15% se reserva para que cada jurisdicción/residencia realice adecuaciones locales.

80% Formación Interdisciplinaria	65% En áreas de formación Obligatoria	30 % Ambulatorio incluye CAPS y Cons. Externo Hosp.
		10 % Internación
		10 % Urgencias
	15 % Dispositivo Inclusión	
20% Formación Disciplinaria	15% En áreas de formación Optativa (Adecuada por la jurisdicción)	

Todos los dispositivos deben contemplar la atención de las distintas franjas etarias, como también la problemática de adicciones. La institución, o el dispositivo de rotación que no cuente dentro de su población con esa oferta formativa, deberá promover la rotación por algún servicio que sí contenga la complejidad mencionada con los correspondientes referentes profesionales.

Los espacios de formación **obligatoria** en salud mental y adicciones para todo el equipo serán los siguientes:

- Área de internación (de acuerdo a lo establecido por la ley nacional de salud mental)
- Consultorio externo (de acuerdo a lo establecido por la ley nacional de salud mental)
- Centro de salud (CAPS, CIC, SAP, etc.)
- Área de urgencias (guardia) (de acuerdo a lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental)
- Dispositivo o área de salud mental para niños y adolescentes
- Dispositivo o área de salud mental de hospital general en el que se reciban pedidos de interconsulta de otros servicios
- Dispositivos de inclusión social (ej.: hospital de día, centro de día, emprendimientos socio-productivos, servicios hospitalarios).
- Dispositivos socio-comunitarios (talleres, empresas sociales, cooperativas, otros)

Los espacios de formación **optativa** para todo el equipo podrían ser los siguientes

- Dispositivos residenciales comunitarios
- Centro o Servicio con posibilidades de formación en Emergencias y Catástrofes
- Equipos Móviles o de asistencia domiciliaria
- Dispositivos de Salud mental en contextos de encierro
- Instituciones que trabajan en Programas de Protección de Derechos e Inclusión Social (Violencia, Trata de personas, situación de vulneración de derechos de pueblos originarios, migrantes y otros), ONGs.

- Administración de Justicia y Órgano de Revisión.
- Servicios especializados (trastornos alimentarios, neurocognitivos, adultos mayores etc.)
- Instituciones educativas (Escuelas, Centros de Apoyo Escolar)

Las áreas específicas de cada disciplina deberán garantizar los espacios de formación obligatorios y optativos, requeridas para la adquisición de competencias lineales.

### III. 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA FORMATIVA

En vistas de que las características de los espacios institucionales se traducen en oportunidades de formación para los residentes es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa. Los centros que no ofrezcan la oportunidad de realizar las prácticas mínimas indispensables para la formación del residente deberán establecer acuerdos formales con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos siempre respetando una estructura básica.

La oferta formativa debe contemplar, por lo menos:

- Marco institucional que garantice el cumplimiento del programa: área de gestión de docencia e investigación, acto administrativo de creación, recursos humanos y técnico-financieros asignados.
- Un responsable de programa de residencia con experiencia y/o formación docente formal y un equipo interdisciplinario que permita garantizar la supervisión, preferentemente todos ellos con antecedentes docentes. Se sugiere garantizar la formación disciplinar del residente presente en los diferentes escenarios de aprendizaje
- Base de datos y registro de prácticas.
- Sector de internación ( en la sede o de referencia)
- Acceso a servicios de diagnóstico (en la sede o de referencia)
- Acceso a interconsultas con los servicios de especialidades básicas.

Los centros sede de la residencia tendrán que ofrecer acceso a:

- Internet, bibliografía y/o base de datos sin costo para el residente.
- Aula que permita la realización de diversas dinámicas de grupo.
- Sala de reuniones.
- Baño y comida.
- Condiciones de alojamiento para el residente durante el horario de trabajo: Dormitorio en caso de guardia.

**Acceso a servicios:**

- Guardia
- Laboratorio
- Diagnóstico por Imágenes
- Farmacia
- Traslado
- Clínica Médica
- Cardiología
- Neurología
- Toxicología
- Infectología
- Pediatría
- Tocoginecología y Maternidad
- Trabajo social
- Terapia ocupacional

**Acceso a Instituciones y/o dispositivos comunitarios:**

- Instituciones educativas
- Instituciones de rehabilitación
- Clubes
- Centros culturales
- Asociaciones vecinales
- Defensorías, curadurías
- Oficinas de promoción y protección de derechos
- Centro Integradores Comunitarios o similar
- Oficinas de empleo
- Iglesias
- Organizaciones de la sociedad civil
- Otras

**Actividades formativas**

Los residentes deben realizar *prácticas* en forma supervisada, durante el transcurso de su residencia, a través de los siguientes entornos formativos:

- Primer nivel de Atención: Sistema de Salud
- Ámbitos sectoriales: Justicia, Educación, Trabajo, Desarrollo Social, Derechos, otros

- Dispositivos de inclusión social
- Escenarios de la vida cotidiana local: Sociedad de fomento, comedores, clubes, otros.
- Consultorio externo
- Internación y externación
- Interconsulta
- Urgencia
- Rehabilitación

**Número mínimo de prácticas supervisadas a lo largo de la residencia**

- Entrevistas de admisión (mínimo 60)
- Confección de Historia Clínica (mínimo 60)
- Entrevista clínica individual (mínimo 100)
- Entrevistas clínica familiar (mínimo 30)
- Entrevistas de Seguimiento (mínimo 100)
- Manejo de Urgencias en Salud Mental (mínimo 120)
- Atención domiciliaria (mínimo 50)
- Técnicas de intervención grupal (mínimo 100)
- Técnicas y estrategias de intervención comunitaria (30)
- Diseño e implementación de estrategias para la promoción de autonomía en dispositivos de base comunitaria (se recomienda para los servicios y/o dispositivos de inclusión social) (mínimo 40)
- Interconsultas (mínimo 50)
- Atención de personas en situación de internación (mínimo 30)
- Observación y registro de actividades (60)

Las actividades formativas, acordes al campo de la Salud Mental, que deben incluirse en forma obligatoria son:

- Actividades teórico-prácticas: La residencia deberá contar como mínimo con tres (3) actividades por semana, que se desarrollarán con diversas estrategias, tales como: exposición teórica, discusión de casos, solución de problemas, construcción de problemas, etc., sobre los contenidos de abordaje interdisciplinario
- Ateneos
- Trabajo de Investigación: La residencia deberá exigir como mínimo la participación, redacción y la publicación de un (1) trabajo de investigación por residente durante el transcurso de su formación. Éste debe ser en colaboración con el equipo de salud mental.
- Participación en Congresos de la especialidad, con presentación de trabajos científicos.
- Supervisión del equipo interdisciplinario y por disciplinas. Estas actividades requieren la disponibilidad de especialistas con funciones docentes para su implementación.

### Evaluación de los residentes

La evaluación es una parte fundamental del proceso formativo ya que contribuye a la mejora en el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje durante el transcurso de la residencia.

Debería contribuir a favorecer los procesos de autoevaluación concebidos como una reflexión crítica sobre las propias prácticas en los servicios.

Esto supone:

- Definir parámetros, diseñar instrumentos, recoger información, juzgar el desempeño, dar orientaciones claras sobre avances, dificultades e instancias superadoras.
- Incorporar distintas y variadas instancias de evaluación a fin de aumentar su validez y confiabilidad, disminuyendo los sesgos personales que intervienen en dicho proceso.

El sistema de evaluación debe basarse en información recolectada sobre el desempeño de los residentes, que garantice la equidad y contemple como mínimo los siguientes momentos:

- Evaluación formativa con registro periódico
- Evaluación anual integradora
- Evaluación post rotación o de espacio de formación.
- Evaluación final de la residencia
- Instancia de Autoevaluación
- Evaluación periódica de la práctica interdisciplinaria

Todos estos momentos deben incluir instrumentos que permitan recolectar información tanto sobre el aprendizaje de los contenidos teóricos (por ejemplo, con un examen estructurado o un análisis de caso) como de las habilidades y las actitudes en situación de actuación profesional (por ejemplo, con registro de procedimientos, portafolios, rúbricas y listas de cotejo).

La evaluación del desempeño debe estar necesariamente acompañada de una devolución efectiva al evaluado. La misma debe ser cercana a la actividad evaluada y debe resaltar lo adecuadamente realizado, definiendo oportunidades de mejora.

### Condiciones de contratación mínimas

Contratación Básica: Beca de formación, con aportes a la seguridad social y ART.

Los residentes deberán encuadrarse en el Régimen de Licencias y franquicias.

La institución deberá asumir la responsabilidad de garantizar la formación por los años que dure la residencia o instrumentar los medios para que los residentes completen su formación. Esta obligación deberá estar plasmada en un documento legal que represente la voluntad de las dos partes.