

Instructivo para el registro de datos en las Unidades Centinelas:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD MENTAL A NIVEL AMBULATORIO

Autores

Lic. Celeste Lorenzini
Mgr. Marcelo Córdoba
Mgr. María Jimena Marro

Instituto Nacional de Epidemiología
“Dr. Juan H. Jara” – Mar del Plata
ANLIS “Carlos G. Malbrán”

Mgr. Ana Cecilia Ausburger
Mgr. Gerlero Sandra Silvana

Instituto de la Salud “Juan Lazarte” - Rosario

Dra. Carolina Interlandi

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos,
Ministerio de Salud de la Nación

Contacto: saludmental_ine@anlis.gob.ar

Equipo de trabajo

Lic. Federico Groso

Edición grafica de la ficha epidemiológica

Ing. Carolina Díaz

Programación del sistema informático

Mgr. Ma. Mercedes Hoffmann

Revisión de Estilo Dpto. Enseñanza Especializada

Areal, Silvia

Edición y diseño gráfico

Instituto Nacional de Epidemiología

“Dr. Juan H. Jara”

ANLIS “Carlos G. Malbrán

Instructivo para el registro de datos en las Unidades Centinelas: VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA EN SALUD MENTAL A NIVEL AMBULATORIO © 2025 by [Celeste
Lorenzini; Marcelo Córdoba; María Jimena Marro, Ana Cecilia Ausburger
Sandra Silvana Gerlero y Carolina Interlandi](#) is licensed under [Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](#)



El presente instructivo es una herramienta operativa que tiene el objetivo de estandarizar el proceso de registro y notificación para un adecuado funcionamiento de la Unidad Centinela en el marco de la vigilancia epidemiológica en salud mental a nivel ambulatorio.

Destacamos que tanto este instructivo como el instrumento de registro se encuentran en fase de prueba piloto, por lo tanto, sujetos a modificaciones y actualizaciones.

En esta etapa piloto, un equipo del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE) acompañará la puesta en funcionamiento de las Unidades Centinela y el sistema de registro.

INTRODUCCIÓN

El lineamiento de trabajo Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental a nivel ambulatorio se enmarca en las acciones desplegadas desde el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” (INE), dependiente de la ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” del Ministerio de Salud la Nación, y se desarrolla en articulación con otras instancias ministeriales, instituciones sanitarias y académicas, pertenecientes tanto al ámbito nacional, provincial como municipal.

El registro epidemiológico en Salud Mental, a pesar de diversas iniciativas a nivel federal, sigue enfrentando importantes desafíos. Aunque los intentos de suicidio y las internaciones por cuestiones relacionadas con la Salud Mental han sido incluidos como eventos de notificación obligatoria (ENO) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y el Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SISA), su implementación aún presenta dificultades pendientes de resolver.

Por un lado, la relevancia de los sistemas de registro y vigilancia en Salud Mental tanto para la clínica como para la administración y la planificación de las políticas, ha sido jerarquizada hace relativamente poco tiempo (Cuesta, *et al.* 2016; Stagnaro. *et al.* 2018, Forlani, Josid, y Martinez, 2023). El componente información en Salud Mental ha poseído históricamente un bajo nivel de prioridad, tendencia que comienza a revertirse a partir de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10, la pandemia por COVID-19 y el aumento sostenido de la demanda de atención por razones ligadas al sufrimiento psíquico (Ministerio de Salud Argentina, Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027).

Por otra parte, la complejidad intrínseca del campo de la Salud Mental, tanto en sus dimensiones epistemológicas como metodológicas, presenta una serie de retos y tensiones para los sistemas de información en la materia. El desafío de categorizar procesos psicosociales intersubjetivos, sumado a la diversidad de marcos teóricos profesionales y criterios de evaluación diagnóstica, confluyen con la heterogeneidad de los dispositivos asistenciales en Salud Mental (Torricelli y Barcala, 2004; Barrionuevo, *et al.* 2008; Forlani *et al.* 2023). Todo esto abona a la dispersión de la información, lo que configura un obstáculo para establecer un sistema de registro unificado.

Para el desarrollo de esta propuesta de vigilancia epidemiológica se eligió como principal antecedente, la experiencia del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SI.VI.LE.) en funcionamiento a nivel nacional desde el año 2005 (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación). Esta estrategia provee de manera sistemática y continua información de alta calidad acerca de las lesiones por causas externas, entre éstas los intentos de suicidio incorporados en el año 2022 como ENO en el SNVS. La información generada por estos sistemas, posibilita, en el marco de una tarea interdisciplinaria e intersectorial, la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

En este contexto se enmarca la diagramación e implementación de la estrategia de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental a nivel ambulatorio, a partir del establecimiento de Unidades Centinela en el primer nivel de atención, con posibilidad de incorporar otros servicios que presten atención ambulatoria por cuestiones ligadas al sufrimiento subjetivo. Se parte de la necesidad de comenzar a conocer sistemáticamente las características de la demanda/motivos de consulta y sus dimensiones condicionantes, atendiendo a los fines de generar información epidemiológica en Salud Mental, así como desplegar estrategias territoriales en el campo. Concebir los sistemas de información en Salud Mental y sus productos derivados como un insumo estratégico para los equipos que lo producen, implica un compromiso con la democratización de la información. Y, en el largo plazo, se pretende colaborar en la consolidación de un sistema unificado de información y vigilancia epidemiológica en Salud Mental a nivel nacional.

Finalmente, cabe señalar la relevancia que en la actualidad revisten las problemáticas ligadas a la salud mental. La Organización Panamericana de la Salud (2018) advierte acerca de la magnitud de los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio y su asociación con la discapacidad y mortalidad. En ese marco señalan que una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas, se debe a condiciones de padecimiento psicosocial.

De ese modo, la dimensión producción de información en Salud Mental reviste un carácter estratégico a la hora de brindar respuestas adecuadas a la complejidad implicada en esas situaciones.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUCTIVO

Siguiendo el modelo desarrollado en el “Instructivo para la notificación de Intentos de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0” (MSAL, 2023) el presente documento tiene el objetivo de constituir una herramienta que permita a los distintos actores involucrados en las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y seguimiento de situaciones ligadas al sufrimiento subjetivo, participar de manera activa y protocolizada en el relevamiento de información de calidad para la vigilancia de las consultas de primera vez en materia de Salud Mental a nivel ambulatorio.

La/os profesionales que intervienen en el sistema de salud y especialmente en los servicios de salud mental, registran permanentemente en los sistemas de información lo relativo a esas consultas. El registro con el que habitualmente se cuenta en los servicios es la historia clínica. Cabe destacar la relevancia que esa información producida puede tener como insumo

que retroalimente estrategias de intervención y de prevención. El enfoque epidemiológico queda en ocasiones lejano de las tareas cotidianas de los servicios, frente a lo cual el equipo de salud lo suele percibir como una tarea más que tiene que hacer, sin encontrarle un sentido que los implique activamente. En ese sentido, la vigilancia epidemiológica entendida como “información sistematizada para la acción” permitirá que la/os integrantes de los equipos se reapropien de la información que ella/os mismos producen, accediendo a un conocimiento sistemático y permanente acerca de las características de la demanda de atención por razones vinculadas al padecimiento subjetivo y los diversos factores que lo condicionan a través de consolidados mensuales tipo reportes.

Esta guía despliega la descripción técnica del funcionamiento de las Unidades Centinela incluyendo sus objetivos, actores, la definición de caso, las definiciones teórico conceptuales y el instrumento que utilizaremos para el relevamiento: la ficha epidemiológica. Se detallará cada uno de los ítems consignados en la ficha epidemiológica para el relevamiento de información en el marco de la estrategia de Vigilancia Epidemiológica que denominamos Unidades Centinela de Salud Mental a nivel ambulatorio (UC-SMAM). Cabe destacar que la planilla contempla diversas interrogaciones que corresponden a las dimensiones a explorar.

En términos generales las preguntas incluidas fueron tomadas de cuestionarios validados y provienen de las cédulas censales, la encuesta permanente de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación –MSAL).

Para el registro de la etnia, se incluyó la incorporación de esta variable en el sistema de información en salud pública, una medida consensuada durante el proceso participativo de diseño pre censal, en colaboración con el INDEC y el Tejido de Profesionales Indígenas..

En cuanto a la dimensión de **información clínica**, su construcción conceptual se ha basado en diálogos y trabajo compartido con expertas en la temática integrantes del Instituto de la Salud Juan Lazarte de la ciudad de Rosario; y la incorporación de diversos antecedentes teórico prácticos en desarrollo a nivel nacional. Entre estos antecedentes, destacamos los aportes que la inclusión de la categoría sufrimiento psíquico ofrece de cara a la configuración de una epidemiología en salud mental (Augsburguer, 1991), a partir de las coordenadas dialógicas que habiliten a situar las problemáticas de la salud mental en su dimensión colectiva (Augsburguer y Gerlero, 2005). Incorporamos por otra parte, categorías de análisis desarrolladas a partir de una experiencia de sistematización para una epidemiología del sufrimiento en el primer nivel de atención (Wagner, 2017), incorporando a su vez elementos del sistema de registro de la provincia de Santa Fe y la ciudad de Rosario vigente en la actualidad. Con base en esas referencias, se estipularon una serie de categorías clave que constituyen la dimensión **Motivo de Consulta**, que se adiciona al sistema de codificación vigente a nivel nacional para el sistema público de salud y salud mental: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). A sugerencia de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud de la Nación, incorporamos específicamente con respecto al consumo de alcohol un abreviado del AUDIT-C y con respecto a la Ansiedad y la Depresión el cuestionario PHQ-4.

La organización del presente instructivo sigue el siguiente orden temático:

- Objetivos del dispositivo de vigilancia
- Organización y funcionamiento de la Unidad Centinela.
- Definiciones teóricas/conceptuales.
- Definición de caso, criterios de inclusión y exclusión.
- La ficha epidemiológica, se definen operacionalmente las cinco dimensiones que la componen con sus correspondientes variables y valores: identificación de la institución (II), información de la persona (IP), condiciones de vida (CV), inclusión sociocomunitaria (IS) e información clínica (IC).
- El sistema informático.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD MENTAL

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar y caracterizar la demanda de atención ambulatoria por razones ligadas a la Salud Mental (padecimiento subjetivo) de forma continua en Unidades Centinela, a través de una planilla de registro conforme a los procedimientos establecidos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Dimensionar la distribución del evento en tiempo, persona y lugar.
- ✓ Identificar los factores que influyen en la Salud Mental y el padecimiento subjetivo
- ✓ Identificar y caracterizar patrones de ocurrencia del evento para diseñar y re orientar intervenciones de atención, acompañamiento y seguimiento a las personas consultantes y sus referentes vinculares

FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD CENTINELA. ACERCA DE LOS ACTORES.

Dependiendo de la organización que asumirá la Unidad Centinela en cada centro de atención, las diversas funciones pueden superponerse en una misma persona o, por el contrario, cada función, distribuirse entre varias personas.

Cada Unidad Centinela establecerá la distribución de dichos roles de acuerdo a sus recursos.

El funcionamiento de la Unidad Centinela se basa en tres componentes (clínico, epidemiológico y estadístico) y comprende roles diferenciados:

a) Componente clínico

Es el componente responsable de la atención de las personas consultantes que se atienden en el centro de salud. Está integrado por el/la profesional o equipo de salud que interviene en el caso. Es quien detecta el evento, realiza la entrevista de primera vez o de admisión y completa la ficha de vigilancia epidemiológica (en formato papel).

b) Componente estadístico

Es la persona encargada del registro de la información sobre los casos, pudiendo agregar datos faltantes y es la que ingresa la información al sistema realizando, además, el análisis preliminar de la información.

En esta etapa piloto la responsabilidad de la carga de las fichas de vigilancia epidemiológica completas, será el personal INE asignado para realizar esa tarea de manera conjunta con el personal asignado integrante de la Unidad Centinela.

c) Componente epidemiológico

Es el nexo entre la unidad centinela, la comunidad y el área de epidemiología y gestión. Será un personal con experiencia en epidemiológica y/o gestión, quien verificará el cumplimiento de las diversas acciones de notificación y podrá validar la calidad del registro. Así también podrá generar reportes epidemiológicos y configurar alertas, lo cual garantizará la intervención del área de salud mental en los casos notificados seleccionados.

El monitoreo y asesoramiento del funcionamiento de la unidad centinela estará a cargo del INE, en articulación con los demás actores de los diferentes componentes.

DEFINICIONES TEÓRICAS/CONCEPTUALES

SALUD MENTAL: se incluye la definición desarrollada en el ART°3 de la Ley Nacional 26.657, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

PADECIMIENTO MENTAL: tal y como es definido en el ART°1 del Decreto Reglamentario 603/13 de la Ley Nacional 26.657, “Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657”. De esta manera, las problemáticas del campo de la Salud Mental que se traducen en demandas de atención, si bien incluye patologías o enfermedades diagnosticadas no se reducen a ellas.

MOTIVO DE CONSULTA: de acuerdo a las definiciones de Salud Mental y Padecimiento Mental antes citadas, los motivos de consulta se configuran a partir de aquello que la persona consultante expresa como origen de la demanda de atención o intervención; incluyendo la dimensión subjetiva que permite singularizar el sufrimiento y las condiciones socioculturales que lo permea y coadyuvan a la producción de padecimiento.

CODIFICACIÓN EN SALUD MENTAL: proceso mediante el cual un profesional traduce las manifestaciones de sufrimiento subjetivo expresados por la persona consultante en términos de signos, síntomas hasta arribar a un diagnóstico. En general este proceso se

realiza con el uso del sistema de codificación de la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud¹.

CONDICIONES DE VIDA: Las condiciones de vida son un constructo conceptual compuesto por la combinación de un conjunto de indicadores, que nos permiten describir y caracterizar en términos de acceso a bienes y servicios, la situación social de la persona y su grupo de pertenencia (INDEC, 2023).

Las dimensiones seleccionadas, atinentes a las condiciones de vida, son: hacinamiento, características de la inserción ocupacional/empleo, nivel educativo, acceso a beneficios sociales, cobertura sanitaria y posibilidades de participación e integración social (INDEC, 2023). El acceso a esas dimensiones o su déficit, expresa el cumplimiento o no de derechos básicos imprescindibles para proporcionar la protección y promoción de la salud mental. De ese modo, las carencias o déficits que estas puedan presentar se expresan como inequidades en salud y comprometen los cuidados de la salud en general y la salud mental en particular (Dirección de Salud Mental Dirección de Atención Primaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2019).

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: Es una estrategia que permite obtener información de forma oportuna, fiable y de calidad, cuya finalidad está íntimamente ligada a la acción. Para lograr dichos objetivos una de las estrategias con las que se cuenta es la creación de distintas Unidades Centinelas, encargadas de recolectar información por largos períodos de tiempo, con calidad constante y comparable. La información generada, no cuenta con base poblacional, por lo cual no permiten determinar incidencia ni prevalencia del evento y están destinadas a enfermedades o eventos de magnitud elevada (OPS/OMS,2002).

DEFINICIÓN DEL EVENTO

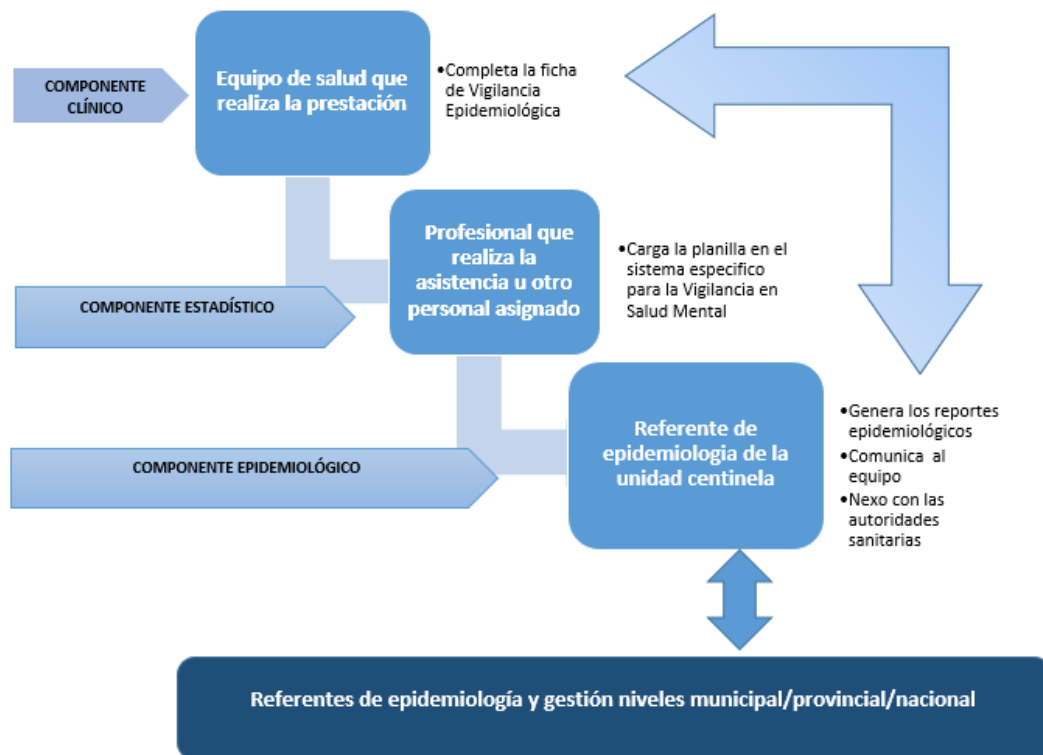
En base a lo conceptualizado, el evento a ser vigilado se define de la siguiente manera: CONSULTA POR SALUD MENTAL EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPs): “toda asistencia/atención, derivada o espontánea, de primera vez con el servicio de salud mental”.

Detección: Todo integrante de un equipo de salud mental que preste asistencia a nivel ambulatorio que detecte casos de primera vez o que realice la entrevista de admisión, deberá volcarlos en la ficha epidemiológica en papel para lo cual resulta imprescindible que se garanticen en cada unidad centinela la presencia de las planillas impresas.

La detección y registro en la ficha epidemiológica es el primer paso necesario, pero no suficiente para la notificación. La notificación quedará debidamente registrada cuando se transcriba correctamente el contenido relevado al sistema informático configurado al respecto.

¹ **Principalmente los códigos F del capítulo V:** Trastornos mentales y del comportamiento ((F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; (F10-F19) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos; (F20-29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; (F30-39) Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos; (F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; (F50-59) Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; (F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; (F70-79) Retraso mental; (F80-89) Trastornos del desarrollo psicológico; (F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia; (F99) Trastornos mentales sin especificar. Y de los códigos Z (Z55-Z65) Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Z70-Z76) Consultas.

Esquema de las UC en Salud Mental Ambulatoria



IMPORTANTE: SECRETO ESTADÍSTICO

Es importante destacar que al igual que con los intentos de suicidio la notificación es nominalizada sobre el registro del número de documento, para poder realizar de ser necesario las acciones de atención, acompañamiento, cuidado de las personas y sus vínculos personales.

La nominalización es la variable que permite asociar el seguimiento clínico con el epidemiológico.

Toda la información cargada en él está protegida bajo la Ley 25.326 de protección de datos personales.

Aun así, el sistema presentará los números del documento que valide identidad ofuscados y sólo podrán verlos quienes tengan permiso para intervenir en el caso

Usted como INTEGRANTE DE LA UCSM **no deberá:**

Divulgar ni comentar la información a la que tenga acceso en cumplimiento de su función, ya que violaría el Secreto estadístico garantizado por la Ley 17.622/68.

Delegar su trabajo a otra persona que no haya sido capacitado e integre la UC SM.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA FICHA EPIDEMIOLÓGICA

A continuación, se describen las variables a consignar en cada una de las secciones de la ficha papel.

1) IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN (II).

Este primer ítem releva datos referidos a la identificación de la institución o unidad centinela:

II	IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	II
Establecimiento notificador:		
Provincia: Departamento: Fecha de notificación: .. / .. / ..		
Nombre y apellido del notificador:		
Teléfono: Correo electrónico:		

Consignamos:

-El nombre del establecimiento notificador o Unidad Centinela, la provincia, la localidad o el departamento en el que se encuentra ubicada.

-La fecha de la notificación refiere al día en que se produjo el evento es decir en que se efectuó la asistencia/atención, siguiendo el orden del D-MM-AAAA.

-Luego asignaremos el nombre y apellido del o la notificadora, es decir de la persona que completó la ficha epidemiológica. Consignado asimismo el teléfono y el correo electrónico de Unidad Centinela.

2) INFORMACIÓN DE LA PERSONA (IP).

Esta dimensión contempla diversas variables atinentes a la caracterización completa de la persona protagonista del evento, es decir de la persona que consulta en el servicio de salud mental.

Comenzamos identificando a la persona completando los siguientes ítems:

IP 1: Marcar con una tilde el tipo de documento que posee: Documento Nacional de Identidad (DNI), Documento Extranjero (DOC EXTR) o Indocumentado (INDOC). Completando luego el número del documento que posea.

IP 2: Registrar la fecha de nacimiento de la persona consultante, se completa de acuerdo al formato D/MM/AAAA.

IP 3: Anotar el país de nacimiento de la persona que consulta, y en el caso de ser Argentina/o también la provincia.

IP 4: Asignar el barrio de residencia, detallando la localidad. En el caso de que la persona consultante se encuentre en situación de calle, se dejarán vacíos los campos.

IP 1	Documento: DNI <input type="checkbox"/> Doc. Ext. <input type="checkbox"/> Indoc. <input type="checkbox"/>
	Doc. Número:
IP 2	Fecha de Nac. / /
IP 3	Lugar de Nac. (país/provincia)
IP 4	Domicilio de residencia: Barrio: Localidad:

A continuación, se registra el sexo biológico consignado al nacer de la persona consultante y luego su identidad de género, concepto construido históricamente por las sociedades a través del tiempo. Se tildarán las opciones correspondientes en cada caso.

IP 5: Consignar el sexo legal de la persona participante que responde la pregunta ¿cuál es su sexo?. Tildar según corresponda entre las siguientes opciones: MUJER, VARÓN o INDETERMINADO. Esta última categoría, refiere a las personas intersex o no binarias.

IP 5	Sexo legal:
Mujer <input type="checkbox"/>	Varón <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>

IP 6: Luego se identificará la identidad de género, que da cuenta de la autopercepción de género por parte de la persona consultante. En este ítem, desplegamos una variedad de opciones de género definidas por el INDEC (2019) e incluye las siguientes categorías, cuyas definiciones son:

- Mujer CIS: se trata de la persona que, de acuerdo con su sexo asignado al nacer, fue registrada como mujer y que, en la actualidad, se siente y/o auto percibe como mujer.
- Varón CIS: se trata de la persona que, de acuerdo con su sexo asignado al nacer, fue registrada como varón y que, en la actualidad, se siente y/o auto percibe como varón.
- Mujer trans: se trata de la persona que, de acuerdo con su sexo asignado al nacer, fue registrada como varón y que, en la actualidad, se siente y/o auto percibe como mujer trans (independientemente de que haya realizado o no la rectificación de su DNI y/o alguna intervención sobre su cuerpo).
- Varón trans: se trata de la persona que de acuerdo con su sexo asignado al nacer fue registrada como mujer y que, en la actualidad, se siente y/o auto percibe como varón trans (independientemente de que haya realizado o no la rectificación de su DNI y/o alguna intervención sobre su cuerpo).
- Travesti: se trata de la persona que se expresa socialmente con un género distinto a su sexo asignado al nacer y se siente y/o auto percibe como travesti (independientemente de que haya realizado o no la rectificación de su DNI y/o alguna intervención sobre su cuerpo).

Desconocido: cuando la persona no logra autodefinirse.

•Otro: es aquella persona que se siente y/o auto percibe con una identidad de género distinta a las mencionadas anteriormente, por ejemplo: intersex, queer, transexual, transgénero, etc.

IP 6	Género:
Mujer CIS <input type="checkbox"/>	No Binarie <input type="checkbox"/>
Varón CIS <input type="checkbox"/>	Travesti <input type="checkbox"/>
Mujer Trans <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
Varón Trans <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

IP 7: Registrar estado civil al momento de la consulta, tildando la opción que corresponda entre las siguientes categorías: soltera/o, casada/o, viuda/o, divorciado/a, separado/a, unida/o de hecho u otro.

IP 7 Estado Civil:		
Soltera/o <input type="checkbox"/>	Separada/o <input type="checkbox"/>	
Casada/o <input type="checkbox"/>	Unida/o de hecho <input type="checkbox"/>	
Viuda/o <input type="checkbox"/>	Divorciada/o <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

IP 8: La dimensión “etnia” incluye dos preguntas complementarias: **IP 8.1** e **IP 8.2**. Comenzar con la Pregunta **IP 8.1**, si responde “NO”, formular de todos modos la pregunta **IP 8.2**. Si responde que habla alguna lengua, especificar cuál.

IP 8.1: Realizar la siguiente pregunta, y tildar la respuesta correspondiente según el caso. Si la persona se reconoce como descendiente o integrante de un pueblo originario, completar a cuál pertenecen.

IP 8.1 ¿Se reconoce descendiente indígena o integrante de un pueblo originario?		
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál?

Sigue luego la lectura de las opciones posibles a esta pregunta, en función del diseño conceptual de la variable étnica citado.

IP 8.2: Se pregunta a la persona consultante lo siguiente: además del español, ¿qué otra lengua habla, entiende y/o aprende con integrantes de su familia y/o comunidad?.

A continuación, se muestran las lenguas posibles, a modo de orientación. Puede marcar más de una.

IP 8.2 Además del español ¿que otras lenguas habla, entiende y/o aprende con integrantes de su familia y/o comunidad? (Puede marcar más de una)	
Ava Guaraní/Chiriguano <input type="checkbox"/>	Qom/Toba-Qom/Qom la'qtac <input type="checkbox"/>
Aymara <input type="checkbox"/>	Quechua/Runa sini <input type="checkbox"/>
Chaná <input type="checkbox"/>	Quichua <input type="checkbox"/>
Chané <input type="checkbox"/>	Ranculche <input type="checkbox"/>
Chorote <input type="checkbox"/>	Sellk'nam <input type="checkbox"/>
Guaraní <input type="checkbox"/>	Tapiete <input type="checkbox"/>
Cunun aiajúch <input type="checkbox"/>	Vilela <input type="checkbox"/>
Kakan <input type="checkbox"/>	Wichi <input type="checkbox"/>
Lule <input type="checkbox"/>	Yagán <input type="checkbox"/>
Mapuche/Mapuzungun/Chezungun <input type="checkbox"/>	Otra lengua indígena (especificar) <input type="checkbox"/>
Mbya Guaraní <input type="checkbox"/>
Mocovi/Moqoit/Amacowit <input type="checkbox"/>	Otra lengua migrante (especificar) <input type="checkbox"/>
Nivaclé/Chulupih <input type="checkbox"/>
Pilagá <input type="checkbox"/>	LSA (lengua de señas argentinas) <input type="checkbox"/>

3) CONDICIONES DE VIDA (CV).

Luego de consignar todos los ítems referidos a la identificación de la persona consultante, pasaremos a caracterizar sus condiciones de vida (CV).

CV 1. Iniciamos con la descripción de las condiciones de vida con el ítem Educación. El nivel educativo alcanzado por la persona consultante es un indicador que aproxima al nivel socioeconómico del hogar y, por ende, a su nivel de vida e ingresos (INDEC, 2023). Incluye dos preguntas **[CV 1.1 y CV 1.2]**. En primer lugar, con la pregunta **CV 1.1**, se debe preguntar si asiste o asistió a un establecimiento educativo cualquiera fuera su característica. Se debe incluir todo el espectro abarcado por el proceso educativo desde el nivel inicial hasta el posgrado.

En segundo lugar, con la pregunta **CV 1.2** se indagará, el nivel más alto alcanzado (último año cursado, aunque no lo haya concluido).

CV 1	Educación:	
CV 1.1	¿Asiste o asistió a un establecimiento educativo?	
Asiste <input type="checkbox"/>	Asistió <input type="checkbox"/>	Nunca asistió <input type="checkbox"/>
CV 1.2	¿Cuál es el más alto nivel que cursa o cursó?	
Jardin/preescolar <input type="checkbox"/>	Terciario <input type="checkbox"/>	
Primario <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>	
Secundario <input type="checkbox"/>	Postgrado <input type="checkbox"/>	
	Educación especial <input type="checkbox"/>	

CV 2. Continuaremos con una aproximación a la situación laboral de la persona consultante, caracterizando su condición laboral en un gradiente que va de integrar la población ocupada a la desocupada². La situación laboral del consultante incluye tres preguntas **[CV 2.1; CV 2.2 y CV 2.3]**, y parte de distinguir la situación de quienes están en actividad, quienes están desocupados y quienes no trabajan por voluntad o retiro. Iniciar con la pregunta contemplada en el ítem **CV 2.1**:

CV 2	Situación laboral:
CV 2.1	La semana pasada ¿Trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar tareas del hogar)
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
CV 2.2	La semana pasada no trabajó porque...:
No deseaba/no quería/no podía trabajar? <input type="checkbox"/>	
No tenía/no conseguía trabajo? <input type="checkbox"/>	
No tuvo pedido/clientes? <input type="checkbox"/>	
Tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? <input type="checkbox"/>	

Si la persona estaba de licencia o vacaciones, marcar la opción “**NO**” en la pregunta.

² La población ocupada: se integra por el conjunto de personas que tienen por lo menos una ocupación, es decir, que, en la semana de referencia de la consulta, ha trabajado como mínimo una hora en alguna actividad económica. El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales o de baja intensidad que realiza la población. La población subocupada, comprende a las personas ocupadas que trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y están dispuestas a trabajar más horas. Se clasifica en población sub ocupada demandante y no demandante. La población desocupada, son aquellas personas que no tienen ocupación y que buscan activamente trabajo. (INDEC, 2024)

Tildar la opción “**NO**” de la pregunta **CV 2.1**, nos deriva a esclarecer los motivos por los cuales no trabajo la semana pasada contemplado en el ítem **CV 2.2**, donde tildaremos la opción correspondiente

Tildar la opción “**SI**” de la pregunta **CV 2.1**, nos deriva a esclarecer la cantidad de horas que trabaja semanalmente [**CV2.3**]:

CV 2.3 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?	
Menos de 35 horas semanales	<input type="checkbox"/>
Entre 35 y 45 horas semanales	<input type="checkbox"/>
Mas de 45 horas semanales	<input type="checkbox"/>
Ns/Nc	<input type="checkbox"/>

CV 3. Exploraremos la cobertura de salud de la persona. El INDEC (2023), manifiesta que en nuestro país el acceso a la salud es un derecho constitucional y las personas que habitan el territorio nacional cuentan con múltiples coberturas de salud encargadas de garantizarla. El sistema de Salud se compone de tres subsistemas que coexisten simultáneamente: el de salud público, de carácter universal, que garantiza el derecho al acceso a la salud para todas las personas que residen en la Argentina; el de seguridad social, que brinda cobertura a aquellas personas que tienen un empleo registrado, o a quienes se encuentran inscritas en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes; y el de salud privado, que ofrece cobertura voluntaria a aquellas personas que decidan pagarla, ya sea de manera directa o a través de derivación de aportes (INDEC, 2023).

En este ítem, se tildará la opción correspondiente según posea Obra Social o prepaga incluyendo PAMI; un programa o plan estatal (por ejemplo, Plan Nacer entre otros) o no posea ni obra social, prepaga ni plan estatal. Se contempla además la posibilidad de que la persona no sepa qué responder

CV 3 Cobertura de Salud. Usted posee:	
Obra social o prepaga (incluye PAMI)	<input type="checkbox"/>
Programa o plan estatal de salud	<input type="checkbox"/>
No tiene OS, prepaga ni plan estatal de salud	<input type="checkbox"/>
Ns/Nc	<input type="checkbox"/>

CV 4. La seguridad social, refiere a recibir beneficios sociales otorgados por parte de entidades estatales. Este ítem se indaga a partir de dos preguntas [**CV 4.1 y CV 4.2**], que se consignan por SÍ o por NO según corresponda.

CV 4	Seguridad social:
CV 4.1	¿Percibe o percibió algún ingreso de dinero o en especie en los últimos 6 meses por Asignación Universal por Hijo, planes sociales u otras transferencia estatales?
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc <input type="checkbox"/>
CV 4.2	¿Asiste o asistió a algún comedor en los últimos 6 meses?
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

CV 5. Con el ítem vivienda haremos referencia al hacinamiento. El INDEC en su Informe Técnico n°87 del año 2023, lo define como la cantidad de personas que duermen en cada cuarto o habitación disponible para dormir. Desprendiéndose de ese modo dos categorías:
a) Sin hacinamiento crítico Menos de 2 personas por cuarto o De 2 a 3 personas por cuarto y
b) Con hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto).

A tal efecto, se incluyen dos preguntas: una relativa a la cantidad de personas que duermen habitualmente en la vivienda **[CV 5.1]** y otra que refiere a la cantidad de cuartos o habitaciones de la vivienda y que están destinadas a dormir **[CV 5.2]**. En ambas preguntas se debe consignar cantidad en números enteros.

CV 5	Hacinamiento:
CV 5.1	¿Cuántas personas de su hogar pasaron la noche de ayer a hoy en su vivienda incluyendo bebés, niños y ancianos?
	<input type="text"/>
CV 5.2	¿Cuántas habitaciones o piezas tiene su vivienda? Sin contar baños o cocina.
	<input type="text"/>

4) INCLUSIÓN SOCIOCOMUNITARIA (IS):

En este ítem se indaga sobre la inclusión de la persona consultante, en diversos escenarios socio relacionales que pueden operar como espacios salugénicos en salud mental. Esta pregunta se subdivide en dos **[F1 y F2]** y se puntúan por **SÍ** o por **NO** según corresponda.

IS 1	¿Usted forma parte de alguna organización social/comunitaria/gremial/religiosa/vecinal/etc.?	IS 2	¿Participa en espacios/talleres recreativos/deportivos/artísticos?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

5) INFORMACIÓN CLÍNICA (IC).

Esta dimensión se configura sobre la articulación de diversas variables complejas, a partir de las cuales vamos a caracterizar la primera consulta con un servicio de salud mental en sentido amplio.

En primer lugar, debemos detallar si la consulta fue realizada por demanda espontánea o por derivación [IC 1.1], completando según corresponda.

IC 1 Origen de la consulta:

IC 1.1 La consulta fue por:

Derivación ☐ Demanda espontánea ☐

IC 1.2 ¿Quién realizó la derivación?

Otro profesional dentro del propio efector ☐

Otra institución de salud ☐ ¿Cuál?

.....

Otra institución ☐

Si la consulta de primera vez es por demanda espontánea, se debe pasar a la siguiente pregunta [IC 2]. Si la consulta es por derivación, se pasará a la pregunta IC 1.2, que permite precisar quién ha realizado la derivación. Si la derivación fuera realizada por otra institución de salud deberá consignar el nombre de la Institución derivadora.

IC 2. MOTIVO DE CONSULTA: en este ítem abierto, se busca recuperar textualmente lo que el/la consultante manifiesta o expresa como las razones por las que, desde su propio punto de vista, ha realizado la consulta con el servicio de salud mental.

IC 2 Transcribir el **motivo de la consulta** tal como es expresado por la persona consultante.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IC 3. En este ítem, se busca identificar y precisar las situaciones generales que motivaron a la persona a contactarse con un servicio de salud mental. Hemos sintetizado y organizado, una pluralidad de situaciones que, en el primer nivel de atención, se presentan de manera frecuente y que pueden condicionar el emerger de un padecimiento subjetivo. Sistematizamos de ese modo un listado compuesto por 10 situaciones, que deberá tildar por **SÍ** o por **NO** según corresponda o en otras palabras según se encuentre o no presente como hecho que motiva la consulta.

La primera situación refiere a consumos problemáticos [IC 3.1]. Definidos como aquellos consumos crónicos o esporádicos, de sustancias legales o ilegales, objetos u otros, que afectan de manera negativa y significativa diversos aspectos o áreas de la vida cotidiana de la persona. En el caso de que haya tildado **SI** a consumos problemáticos pasará al ítem **IC 3.1.1**, donde se indagará si la sustancia se refiere al alcohol. En el caso de tildar **SI** al consumo de alcohol, se realizarán las preguntas contenidas en el ítem **IC 3.1.1.a**, que refieren al AUDIT-C (Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Intervención Breve para Reducir

of the 1990s, the 2000s, and the 2010s.

IC 3.1.2 Otros consumos:
 Si ☐ No ☐

¿Cuáles?

IC 3.2 Ansiedad y Depresión:
 Si ☐ No ☐ Pasa a IC 3.3

IC 3.2.1 En los últimos 14 días, ¿Con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?

Sentirse nervioso, angustiado o muy tenso:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Ser incapaz de controlar las preocupaciones:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Tener poco interés o alegría por hacer las cosas:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Puntuación total obtenida:

***Sólo Rosario:** Episodio Depresivo ☐

Referencia: normal (0-2), leve (3-5), moderada (6-8) grave (9-12).
 Una puntuación total ≥ 3 para las 2 primeras preguntas sugiere ansiedad.
 Una puntuación total ≥ 3 en las 2 últimas preguntas sugiere depresión.

IC 3.3 Violencias:
 Si ☐ No ☐

IC 3.3.1 Tipos de violencias:

Violencia familiar ☐

Violencia de género: sexual, psicológica, económica, patrimonial, simbólica ☐

Violencia entre pares ☐

Violencias institucionales ☐

Violencias por desprotección estatal ☐

IC 3.4 Maltrato infantil:
 Agudo/presente Si ☐ No ☐
 Histórico o experiencias previas Si ☐ No ☐

IC 3.5 Abuso sexual infantil:
 Agudo/presente Si ☐ No ☐
 Histórico o experiencias previas Si ☐ No ☐

IC 3.6 Intentos de suicidio y/o autolesiones:
 Si ☐ No ☐

IC 3.7 Discapacidad:
 Si ☐ No ☐

IC 3.8 Separación/divorcio/separación de lxs pa-madres:
 Si ☐ No ☐

IC 3.9 Muerte de un referente afectivo:
 Si ☐ No ☐

IC 3.10 Pérdida del trabajo/desempleo:
 Si ☐ No ☐

IC 3.11 Otros:
 ¿Cuál?

IC 4 Diagnóstico (s) cie x asignado en la HC:

IC 5 Factores de riesgo:

La siguiente situación refiere a las violencia [IC 3.3], definidas por la OPS/OMS como “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo”. En el caso de que sea lo que motiva la consulta es decir que haya tildado con un **SÍ**, pasará al ítem **IC 3.3.1** donde se definirá el tipo de violencia que se presenta. Hemos desagregado las violencias en cinco subtipos: **1)** violencia familiar: toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder que perjudique el bienestar o el desarrollo pleno de otro integrante de la familia (Ley Nacional 24.417/94). **2)** violencia de género: tal como es definida en el artículo 4° de la Ley Nacional 26.485/09 “Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el

privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”. **3)** violencia entre pares: aquellas conductas de acoso y agresión entre niñas, niños, adolescentes y jóvenes en diversos ámbitos sociales (incluye bullying o ciberbullying). **4)** violencia institucional: cuando las violencias son llevadas adelante por determinados/as funcionarios/as y se desarrollaran en contextos de restricción de autonomía y libertad (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2019). **5)** violencia por desprotección estatal. En tanto que, si las violencias **NO** se identificaron se pasará al siguiente ítem, tal como se encuentra indicado en la ficha epidemiológica.

El maltrato infantil **[IC3.4]** puede presentarse de manera aguda y presente o histórica ligada a experiencias previas, se tildarán las opciones por **SI** o por **NO**. El abuso sexual infantil **[IC 3.5]** también permite precisar la dimensión temporal. Se incluyeron, los intentos de suicidio y/o autolesiones **[IC3.6]** la discapacidad **[IC 3.7]** y la separación/divorcio/separación de lxs pa-madres **[IC3.8]**.

Luego se contemplan situaciones referidas a la muerte de un referente afectivo **[CI 3.9]** y la pérdida del trabajo/desempleo **[IC 3.10]**.

Se incorporó la opción Otros **[IC 3.11]** que de ser utilizada deberá ser ampliada, precisando a cuál situación no contemplada hace referencia.

IC 4. Se consignará el diagnóstico, según CIE 10, colocado en la historia clínica, pudiendo utilizar hasta tres códigos diagnósticos.

IC 4

 Diagnóstico (s) cie x asignado en la HC:

IC 5. Tildaremos las intervenciones desplegadas como equipo en esa primera entrevista de admisión o admisión a secas. Si la intervención realizada, no está contemplada en el listado, la opción 9 permite detallar como campo abierto que otras estrategias implementaron.

IC 5

 Estrategias de admisión:

Entrevista individual ☐
Entrevista familiar ☐
Entrevista de orientación ☐
Visita/entrevista domiciliaria ☐

Atención de crisis y/o urgencia ☐
Intervención en la comunidad ☐
Otra intervención ☐

¿Cuál?

Observaciones en pág 4

La ficha epidemiológica finaliza con campo abierto para que puedan escribir diversas observaciones que puedan ir surgiendo.

EL SISTEMA INFORMÁTICO

El Referente de epidemiología y gestión puede tener nivel municipal, provincial y/o nacional, será el encargado de emitir informes y reportes epidemiológicos, y organizar las unidades centinelas.

Cada unidad centinela tendrá la siguiente organización:

El Equipo de salud que realiza la prestación: será el encargado de completar la ficha epidemiológica del evento asistencia/atención, derivada o espontánea, de primera vez con el servicio de salud mental.

El/la Notificador/a asignado/a (profesional que realiza la asistencia u otro consensuado): será la persona encargada de cargar los datos recolectados a través de las planillas papel en el sistema informático desarrollado para la recolección de los datos. El Sistema tendrá diferentes perfiles de usuarios con permisos específicos para la carga de los datos de las planillas papel, y para la elaboración de reportes estadísticos. Los datos se encontrarán parametrizados, de manera que permita luego realizar análisis e informes, y que minimice el error en la carga. Los datos sensibles de los pacientes, como por ejemplo número de documento, se almacenará en forma encriptada, garantizando la confidencialidad del dato.

El/la Referente de epidemiología de la unidad centinela: Lo/as referentes de epidemiología de cada unidad centinela tendrán acceso a un módulo del software que le permitirá generar reportes epidemiológicos.

El sistema desarrollado permitirá la recolección de los datos por unidad centinela. Cada unidad centinela podrá generar reportes con los datos propios, y así tener información para la toma de decisiones.

Los referentes de epidemiología y gestión accederán al sistema con un usuario de perfil específico para el rol, con la posibilidad de conocer los reportes generales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Augsburger, AC. (1991) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave cuadernos médico sociales 81: 61-75

Augsburger, AC & Gerlero SS.(2005) La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental KAIRÓS, Revista de Temas Sociales Universidad Nacional de San Luis Año 9 – Nº 15 (Marzo /2005)

Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.10° REVISION.

Wagner G. (2022) Aportes para pensar una epidemiología del sufrimiento y sus condiciones de producción. Una experiencia en el primer nivel de atención. En: Michalewicz A. (autor y comp.) En abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias. Integralidad, cuidado y subjetivación. Colección Conjunciones. NOVEDUC.

Dirección de Salud Mental Dirección de Atención Primaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dirección de Salud Mental Secretaria de Salud Pública. Municipalidad de Rosario (2019). Disponible en:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/250873/1317758/>

Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) SEDRONAR. Disponible en:

https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/encoprac_2022.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC & Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4 ta. Encuesta Nacional de Factores de riesgo. Resultados definitivos (2019).Disponible en:

https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

Ministerio de Salud Argentina. Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027. Disponible en:

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>

Ley Nacional 24.417/94 Protección contra la violencia familiar. Disponible en: familiar

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_24417_-_proteccion_contra_la_violencia_familiar.pdf

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/10. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>

Ley Nacional 26.485/09 LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ministerio de Salud Argentina (2023) Notificación de Intentos de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNV 2.0- Instructivo para equipos de salud versión 1.0. 2003. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/instructivo-para-la-notificacion-de-intentos-de-suicidio-al-sistema-nacional-de-vigilancia>

Stagnaro J.C., Cía A., Vázquez N., Vommaro H. *et al.* (2018) Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIX Nro. 142 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2018.

Cuesta J de P, Saiz Ruiz J, Roca M, *et al.* (2016) Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Psiquiatría Biológica Volumen 23, Número 2, mayo-agosto de 2016 , páginas 67-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>.

Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Epidemiología - Área de Vigilancia (2013) Guía para el fortalecimiento de la Vigilancia de la Salud en el nivel local. Marzo/2013. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-el-fortalecimiento-de-la-vigilancia-de-la-salud-en-nivel-local>

Torricelli, F., Barcala, A. (2004) Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires, VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XV N° 55, MARZO – ABRIL – MAYO 2004.

Barrionuevo H.; Graña, D.; Silva, C.D. (2008) Vigilancia epidemiológica en salud mental: pautas para su implementación en la Argentina. 1a ed. - Buenos Aires: ISALUD, 2008. (Serie de Estudios ISALUD; 6).

Forlani, R. N., Josid, S., y Martinez, M. (2023). Psicología y epidemiología: hacia la construcción de diálogos posibles. Revista Salud Mental y Comunidad, (15). 140-14.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa nacional de prevención y control de lesiones instructivo para el registro de datos en las unidades centinela del sistema de vigilancia de lesiones | SIVILE Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/instructivo-registro-datos-en-unidades-centinelas-sist-vigilancia-lesiones.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 49 p. –(Serie PALTEX N° para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24). Disponible en: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos/INDEC (2024) Informes técnicos. Vol. 8, nº 96 ISSN 2545-6636 Condiciones de vida. Vol. 8, nº 10 Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2023. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_indicadores_hogares_04_242F3_FB323F3.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos /INDEC (2023) Informes técnicos. Vol. 7, nº 87 ISSN 2545-6636 Condiciones de vida. Vol. 7, nº 6 Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2022 Disponible en:

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_indicadores_hogares_05_235E6912BB48.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos/INDEC (2024) Informes técnicos. Vol. 8, nº 38 ISSN 2545-6636 Trabajo e ingresos. Vol. 8, nº 1 Encuesta Permanente de Hogares (EPH) total urbano. Principales tasas del tercer trimestre de 2023. Disponible en:

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_total_urbano_02_24BD4906E91E.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: resultados definitivos: salud y previsión social / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2023. Libro digital, PDF - (Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022; 2). Disponible en:

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_salud_prevision_social.pdf

Llovet, I. & Scarponetti.P.E (coordinación general) (2019): Estudios sobre condiciones de vida en la argentina contemporánea. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: PISAC - Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea, 2019. Libro digital, PDF Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estudios_sobre_condiciones_de_vida.pdf

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/violencia_institucional_19022019.pdf

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. Psychosomatics. 2009;50(6):613-21.

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Intervención Breve para Reducir el Consumo de Alcohol. Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

ANEXO:

Ficha epidemiológica

Unidades Centinela en Salud Mental a nivel ambulatorio

Pág: 1 de 4



DEFINICION DEL EVENTO CONSULTA POR SALUD MENTAL EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (CAPs):
"toda asistencia/atención, derivada o espontánea, de primera vez con el servicio de salud mental"

II IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN II

Establecimiento notificador:

N° REFES: Provincia: Departamento:

Fecha de not.: / / Nombre y apellido del notificador:

Teléfono: Correo electrónico:

IP INFORMACIÓN DE LA PERSONA IP

IP 1 Documento: DNI ☐ Doc. Ext. ☐ Indoc. ☐
Doc. Número:

IP 2 Fecha de Nac. / /

IP 3 Lugar de Nac. (país/provincia)

IP 4 Domicilio de residencia:
Barrio: Localidad:

IP 5 Sexo legal:
Mujer ☐ Varón ☐ Indeterminado ☐

IP 6 Género:
Mujer CIS ☐ No Binario ☐
Varón CIS ☐ Travesti ☐
Mujer Trans ☐ Desconocido ☐
Varón Trans ☐ Otro ☐

IP 7 Estado Civil:
Soltera/o ☐ Separada/o ☐
Casada/o ☐ Unida/o de hecho ☐
Viuda/o ☐ Divorciada/o ☐ Otro ☐

IP 8 Pueblos originarios:
IP 8.1 ¿Se reconoce descendiente indígena o integrante de un pueblo originario?
No ☐ Si ☐ ¿Cuál?

IP 8.2 Además del español ¿qué otras lenguas habla, entiende y/o aprende con integrantes de su familia y/o comunidad? (Puede marcar más de una)

Ava Guarani/Chiriguano <input type="checkbox"/>	Qom/Toba-Qom/Qom la'qtac <input type="checkbox"/>
Aymara <input type="checkbox"/>	Quechua/Runa sini <input type="checkbox"/>
Chaná <input type="checkbox"/>	Quichua <input type="checkbox"/>
Chané <input type="checkbox"/>	Ranculche <input type="checkbox"/>
Chorote <input type="checkbox"/>	Sellk'nam <input type="checkbox"/>
Guaraní <input type="checkbox"/>	Tapiete <input type="checkbox"/>
Cunun aiajúch <input type="checkbox"/>	Vilela <input type="checkbox"/>
Kakan <input type="checkbox"/>	Wichi <input type="checkbox"/>
Lule <input type="checkbox"/>	Yagán <input type="checkbox"/>
Mapuche/Mapuzungun/Chezungun <input type="checkbox"/>	Otra lengua indígena (especificar) <input type="checkbox"/>
Mbya Guarani <input type="checkbox"/>	Otra lengua migrante (especificar) <input type="checkbox"/>
Mocovi/Moqoit/Amacowit <input type="checkbox"/>	LSA (lengua de señas argentinas) <input type="checkbox"/>
Nivacé/Chulupih <input type="checkbox"/>	
Pilagá <input type="checkbox"/>	

CV CONDICIONES DE VIDA CV

CV 1 Educación:
CV 1.1 ¿Asiste o asistió a un establecimiento educativo?
Asiste ☐ Asistió ☐ Nunca asistió ☐
CV 1.2 ¿Cuál es el más alto nivel que cursa o cursó?
Jardín/preescolar ☐ Terciario ☐
Primario ☐ Universitario ☐
Secundario ☐ Postgrado ☐
Educación especial ☐

CV 2 Situación laboral:
CV 2.1 La semana pasada ¿Trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?
(Sin contar tareas del hogar)
Si ☐ No ☐
CV 2.2 La semana pasada no trabajó porque...:
No deseaba/no quería/no podía trabajar? ☐
No tenía/no conseguía trabajo? ☐
No tuvo pedido/clientes? ☐
Tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? ☐

CV 2.3 en pag 2

CV 3 en pag 2

CV

continúa CONDICIONES DE VIDA

CV

CV 2.3 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales ☐

Entre 35 y 45 horas semanales ☐

Mas de 45 horas semanales ☐

Ns/Nc ☐

CV 3 Cobertura de Salud. Usted posee:

Obra social o prepaga (incluye PAMI) ☐

Programa o plan estatal de salud ☐

No tiene OS, prepaga ni plan estatal de salud ☐

Ns/Nc ☐

CV 4 Seguridad social:

CV 4.1 ¿Percibe o percibió algún ingreso de dinero o en especie en los últimos 6 meses por Asignación Universal por Hijo, planes sociales u otras transferencia estatales?

Si ☐

No ☐

Ns/Nc ☐

CV 4.2 ¿Asiste o asistió a algún comedor en los últimos 6 meses?

Si ☐

No ☐

CV 5 Hacinamiento:

CV 5.1 ¿Cuántas personas de su hogar pasaron la noche de ayer a hoy en su vivienda incluyendo bebés, niños y ancianos?

CV 5.2 ¿Cuántas habitaciones o piezas tiene su vivienda? Sin contar baños o cocina.

IS

INCLUSIÓN SOCIO COMUNITARIA

IS

IS 1 ¿Usted forma parte de alguna organización social/comunitaria/gremial/religiosa/vecinal/etc.?

Si ☐ No ☐

IS 2 ¿Participa en espacios/talleres recreativos/deportivos/artísticos?

Si ☐ No ☐

IC

INFORMACIÓN CLÍNICA

IC

IC 1 Origen de la consulta:

IC 1.1 La consulta fue por:

Derivación ☐

Demanda espontánea ☐

IC 1.2 ¿Quién realizó la derivación?

Otro profesional dentro del propio efector ☐

Otra institución de salud ☐ ¿Cuál?

.....

Otra institución ☐

IC 2 Transcribir el **motivo de la consulta** tal como es expresado por la persona consultante.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IC 3 Situaciones que motivaron el contacto con el servicio de salud mental y que pueden condicionar la generación de padecimiento mental:

IC 3.1 Consumos problemáticos:

Si ☐

No ☐ IC 3.2 en pág 3

IC 3.1.1 Alcohol:

Si ☐

No ☐ IC 3.1.2 en pág 3

IC 3.1.1.a Consumo de Alcohol:

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca ☐ 0 puntos

1 o menos veces al mes ☐ 1 punto

de 2 a 4 veces al mes ☐ 2 puntos

de 2 a 3 veces a la semana ☐ 3 puntos

4 o mas veces a la semana ☐ 4 puntos

¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

1 o 2 ☐ 0 puntos

3 o 4 ☐ 1 punto

5 o 6 ☐ 2 puntos

7, 8 o 9 ☐ 3 puntos

10 o más ☐ 4 puntos

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

Nunca ☐ 0 puntos

Menos de una vez al mes ☐ 1 punto

Mensual ☐ 2 puntos

Semanal ☐ 3 puntos

A diario o casi a diario ☐ 4 puntos

Puntuación total obtenida:

Referencia: Consumo de riesgo o perjudicial de alcohol:

- 4 o más para personas adultas de sexo femenino.
- 5 o más para personas adultas de sexo masculino.

IC 3.1.2 en pág 3

IC

continúa INFORMACIÓN CLÍNICA

IC

IC 3.1.2 Otros consumos:

Si ☐ No ☐

¿Cuáles?

IC 3.2 Ansiedad y Depresión:

Si ☐ No ☐ Pasa a IC 3.3

IC 3.2.1 En los últimos 14 días, ¿Con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?

Sentirse nervioso, angustiado o muy tenso:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Ser incapaz de controlar las preocupaciones:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Tener poco interés o alegría por hacer las cosas:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza:

Nunca	<input type="checkbox"/>	0 puntos
Varios días	<input type="checkbox"/>	1 punto
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	2 puntos
Casi cada día	<input type="checkbox"/>	3 puntos

Puntuación total obtenida:

*Sólo Rosario: Episodio Depresivo ☐

Referencia: normal (0-2), leve (3-5), moderada (6-8) grave (9-12).

Una puntuación total ≥ 3 para las 2 primeras preguntas sugiere ansiedad.

Una puntuación total ≥ 3 en las 2 últimas preguntas sugiere depresión.

IC 3.3 Violencias:

Si ☐ No ☐
IC 3.3.1 Tipos de violencias:

Violencia familiar ☐

Violencia de género: sexual, psicológica, económica, patrimonial, simbólica ☐

Violencia entre pares ☐

Violencias institucionales ☐

Violencias por desprotección estatal ☐
IC 3.4 Maltrato infantil:

Agudo/presente Si ☐ No ☐

Histórico o experiencias previas Si ☐ No ☐
IC 3.5 Abuso sexual infantil:

Agudo/presente Si ☐ No ☐

Histórico o experiencias previas Si ☐ No ☐
IC 3.6 Intentos de suicidio y/o autolesiones:

Si ☐ No ☐
IC 3.7 Discapacidad:

Si ☐ No ☐
IC 3.8 Separación/divorcio/separación de lxs pa-madres:

Si ☐ No ☐
IC 3.9 Muerte de un referente afectivo:

Si ☐ No ☐
IC 3.10 Pérdida del trabajo/desempleo:

Si ☐ No ☐
IC 3.11 Otros:

¿Cuál?

IC 4 Diagnóstico (s) cie x asignado en la HC:

IC 5 Estrategias de admisión:

Entrevista individual <input type="checkbox"/>	Entrevista familiar <input type="checkbox"/>	Entrevista de orientación <input type="checkbox"/>	Visita/entrevista domiciliaria <input type="checkbox"/>
Atención de crisis y/o urgencia <input type="checkbox"/>	Intervención en la comunidad <input type="checkbox"/>	Otra intervención <input type="checkbox"/>	

¿Cuál?

Observaciones en pág 4

Observaciones

Area for handwritten observations with horizontal dotted lines.