

Abordaje de crisis de salud mental y coordinación entre niveles de atención desde la perspectiva de profesionales en psicología

DI PERSIA, Nicolás.

Licenciado, profesor y doctorando en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Se desempeña en el ámbito clínico, educacional y docente universitario (FES, UPC). Participó en equipos de investigación (SECyT, UNC) y realizó diversas publicaciones en revistas indexadas. Durante el año 2025, como becario del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, realizó una investigación en el ámbito de salud pública.

Contacto: nicodipersia@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9144-463X

Recibido: 13/04/2026 - **Aceptado:** 03/07/2026

Cómo citar: Di Persia, N. (2026). Abordaje de crisis de salud mental y coordinación entre niveles de atención desde la perspectiva de profesionales en psicología. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (20), 115-135

Resumen

Las crisis en salud mental han experimentado un incremento en los últimos años, constituyendo un problema prioritario de salud pública en el que la atención primaria desempeña un papel estratégico para la prevención, el abordaje y la continuidad de los cuidados. El presente estudio tuvo como objetivo explorar las características del abordaje de crisis de salud mental y los procesos de coordinación entre el primer y el segundo nivel de atención desde la perspectiva de profesionales de psicología que se desempeñan en los seis Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad de Unquillo (Córdoba, Argentina). La metodología fue cualitativa, basada en nueve entrevistas abiertas en profundidad a agentes de salud, orientadas por ejes vinculados al abordaje de situaciones de crisis y conducta suicida. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas desde la teoría fundamentada. Los resultados muestran que las crisis en salud mental son

comprendidas como fenómenos complejos, vinculados a condiciones estructurales de vulneración, desigualdad y precarización de la vida, más que como eventos individuales aislados. Las intervenciones se organizan en torno a estrategias de prevención, seguimiento y acompañamiento comunitario, sostenidas aún en condiciones de precariedad laboral y limitaciones de recursos. Asimismo, emergen importantes dificultades de coordinación con el segundo nivel de atención, especialmente en los procesos de comunicación, referencia y contrarreferencia y en los criterios de abordaje de las crisis, generando discontinuidades en la atención. Estos hallazgos contribuyen a identificar factores organizacionales implicados en la continuidad de los cuidados y ofrece perspectivas sobre la relevancia de fortalecer redes integradas de atención y orientar políticas públicas acordes con el modelo comunitario promovido por la Ley Nacional de Salud Mental.

Palabras clave: salud mental, atención primaria de la salud, accesibilidad a los servicios de salud, investigación cualitativa

Mental health crises approach and coordination between levels of care from the perspective of psychology professionals

Abstract

Mental health crises have increased in recent years, becoming a priority public health issue in which primary care plays a strategic role regarding prevention, management, and continuity of care. This study aimed to explore the characteristics of mental health crisis management and coordination processes between primary and secondary care levels from the perspective of psychologists working in the six primary health care centers (CAPS) in the city of Unquillo (Córdoba, Argentina). The methodology was qualitative based on nine in-depth, open-ended interviews with health professionals, guided by themes related to managing crisis situations and suicidal behavior. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using grounded theory. The results show that mental health crises are understood as complex phenomena linked to structural conditions of vulnerability, inequality, and precarious living conditions, rather than as isolated individual events. Interventions are organized around prevention, follow-up, and community-based support strategies, maintained even amidst precarious working conditions and resource limitations. Furthermore, significant difficulties in coordination with the secondary care level emerge—particularly regarding communication, referral and counter-referral processes, and cri-

sis management criteria—leading to discontinuities in care. These findings help identify organizational factors involved in the continuity of care and offer insights into the importance of strengthening integrated care networks and aligning public policies with the community-based model promoted by the National Mental Health Law.

Keywords: mental health, primary health care, health services accessibility, qualitative research

Introducción

La salud mental constituye un fenómeno multicausal, atravesado por distintos factores (biológicos, psicológicos, socio-culturales, entre otros) e interrelacionados a diversos niveles (individual, comunitario y social) (Argentina, 2010; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En los últimos años, Argentina ha registrado un incremento sostenido de situaciones de crisis en salud mental relacionadas con consumos problemáticos, situaciones de violencia y problemáticas vinculadas al suicidio que se han agudizado como efecto de la pandemia y la pospandemia (Colomer, 2024; Di Persia, 2026).

Este escenario ha planteado la importancia de trabajar en la prevención, atención y seguimiento de esta

problemática, tal como lo recomiendan organismos internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y agencias estatales y gubernamentales a nivel nacional, provincial y municipal (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En esta línea, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha hecho énfasis en el nivel primario de atención, de acuerdo al marco comunitario, el trabajo interdisciplinario y la articulación entre los distintos niveles del sistema sanitario previsto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (Argentina, 2010). En concordancia con esto, se ha enfatizado el fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y como espacio privilegiado para la detección temprana, la atención oportuna y el seguimiento longitudinal de personas que requieren de asistencia en salud mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Particularmente en relación con la conducta suicida, la salud pública propone abordajes desarrollados por equipos interdisciplinarios que integren acciones preventivas, asistenciales, de seguimiento y posvenación, priorizando el primer nivel de atención y la construcción de redes territoriales de cuidado (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Durante la última década

se han producido importantes avances normativos mediante leyes, protocolos y recomendaciones orientados a garantizar el abordaje temprano e integral del riesgo suicida, fortalecer las redes de atención y mejorar los sistemas de registro (Ministerio de Salud de la Nación, 2021). Sin embargo, el incremento sostenido de suicidios consumados en distintas jurisdicciones del país, incluida la provincia de Córdoba (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2025), evidencia que aún persisten importantes desafíos para consolidar la implementación efectiva de estas políticas y comprender las condiciones organizacionales que favorecen o limitan su funcionamiento.

Diversas investigaciones internacionales coinciden en señalar que la efectividad de la atención en salud mental depende menos de la disponibilidad aislada de servicios que de la capacidad de los sistemas para garantizar continuidad asistencial y coordinación entre niveles de atención (Echeburúa, 2015; Greenhalgh, 2009; Thornicroft y Tansella, 2013). En América Latina, numerosos estudios muestran que la fragmentación entre atención primaria y atención especializada constituye uno de los principales obstáculos para la continuidad de los cuidados, identificándose problemas recurrentes en la comunicación entre profesionales, ausencia de mecanismos formales de referencia y contrarreferencia,

escaso intercambio de información clínica y diferencias en los criterios de atención (Ase, 2006; Puzzolo et al., 2009; Salvo et al., 2021; Terraza Núñez et al., 2006; Vargas et al., 2016; Vázquez et al., 2009).

Todo esto indica, tal como hace ya más de una década lo señalara la OPS (2010), que la integración efectiva de redes de servicios continúa siendo uno de los principales desafíos de los sistemas sanitarios latinoamericanos.

Específicamente en Argentina, aunque existen investigaciones que analizan la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, los procesos de reforma psiquiátrica y las transformaciones del modelo de atención (Ardila-Gómez et al., 2021; Cohen y Natella, 2013; Stolkiner y Rosales, 2023), son considerablemente menos numerosos los estudios empíricos que exploran cómo se articula efectivamente la atención entre el primer y el segundo nivel frente a situaciones de crisis en salud mental desde la perspectiva de quienes intervienen cotidianamente en los servicios. Esta ausencia resulta particularmente relevante en municipios de pequeña y mediana escala, donde la cercanía territorial no necesariamente se traduce en mejores mecanismos de coordinación.

Como antecedente directo de esta investigación, en el marco de una beca otorgada por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (Di Persia, 2026), se exploraron las características del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio por parte de profesionales de psicología pertenecientes a equipos de atención primaria de salud de la Municipalidad de Unquillo.

Entre los principales resultados se identificó al suicidio como un fenómeno complejo, situado en condiciones estructurales de vulneración, desigualdad y precarización de la vida, mientras que las intervenciones desarrolladas fueron caracterizadas como estrategias de prevención, seguimiento y posvención destinadas a sostener la accesibilidad y el acompañamiento comunitario.

No obstante, durante el análisis emergió un conjunto de categorías que trascendía el abordaje específico del suicidio y remitía a dificultades más amplias relacionadas con la atención de las crisis de salud mental. En particular, los equipos señalaron limitaciones persistentes para coordinar las intervenciones con el segundo nivel de atención, representado principalmente por el Hospital Provincial Urrutia, institución de referencia para la atención de urgencias, internación y cuidados especializados.

Estas dificultades adquieren especial relevancia considerando que las crisis en salud mental requieren respuestas rápidas, continuidad asistencial y una articulación permanente entre dispositivos sanitarios e instituciones de otros sectores, como educación, desarrollo social, justicia y seguridad (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

La coordinación asistencial se define como la articulación deliberada y sistemática de todos los servicios involucrados en la atención de una persona para garantizar continuidad, coherencia y eficiencia de los cuidados, independientemente del lugar donde estos se presten (OPS, 2010). Cuando dicha articulación alcanza elevados niveles de integración organizacional y clínica se configura un modelo de atención integrada (Puzzolo et al., 2009). Diversos estudios han identificado múltiples factores que dificultan este proceso, entre ellos la sobrecarga laboral, la insuficiencia de tiempos institucionales para la coordinación, la precarización del trabajo en salud, la ausencia de dispositivos formales de comunicación y la escasa confianza entre profesionales pertenecientes a distintos niveles asistenciales (Puzzolo et al., 2009; Vázquez et al., 2009).

En este contexto, el presente estudio constituye un aporte sobre las prácticas concretas de coordinación

entre atención primaria y segundo nivel frente a crisis de salud mental desde la perspectiva de profesionales de psicología que se desempeñan en servicios públicos municipales. Al recuperar la experiencia de los actores directamente involucrados en estos procesos, la investigación contribuye a comprender las condiciones organizacionales que facilitan u obstaculizan la continuidad de cuidados, contribuyendo con conocimiento situado para el fortalecimiento de redes integradas de salud mental en contextos locales y ofreciendo evidencia relevante para el desarrollo de políticas públicas orientadas a consolidar el modelo comunitario impulsado por la Ley Nacional de Salud Mental.

Metodología

El diseño metodológico se basó en la metodología cualitativa, puntualmente en la teoría fundamentada en los datos (Miles et al., 2014; Strauss y Corbin, 1998); ya que durante el proceso de investigación, emergieron conceptos en forma inductiva que luego fueron interrelacionados con el propósito de enriquecer paulatinamente la comprensión del fenómeno objeto de estudio, propiciando una mirada situada “desde adentro” de las prácticas de salud y recuperando la perspectiva de agentes de salud y puntualmente les profesionales de la psicología.

El carácter flexible y abierto de una propuesta con estas características favorece la identificación de aspectos y atributos que podrían ser novedosos y clarificadores del problema de investigación (Creswell y Miller, 2000; Levitt, 2015; Mendizabal, 2006; Vasilachis de Gialdino, 2006).

a. Participantes

La conformación del grupo de participantes fue intencional, consistente en seleccionar psicólogos y agentes de salud miembros de equipos interdisciplinarios del nivel primario de atención de la salud en la ciudad de Unquillo, Córdoba. El total de participantes fue nueve (9), conformado por siete (7) psicólogos (un varón y seis mujeres), una trabajadora social y una agente sanitaria. El contacto inicial fue realizado a través de las autoridades del área de Salud de la Municipalidad de Unquillo. Si bien, la conformación del grupo de participantes no era de psicólogos en su totalidad, en las dos entrevistas de agentes no psicólogos se plantearon igualmente perspectivas que involucraban reflexiones y aportes sobre el papel que cumplen profesionales de psicología, por lo cual, se considera que el conjunto de la muestra refleja fundamentalmente una perspectiva desde profesionales de psicología.

b. Instrumento

Las entrevistas fueron realizadas durante el año 2025 y se basaron en preguntas abiertas orientadas en base a ejes generales del abordaje en los CAPS, puntuando la problemática del suicidio y abordaje de crisis de salud mental. Las mismas fueron grabadas, y posteriormente transcritas y analizadas.

Tanto los procedimientos generales seguidos en los encuentros, así como su información aportada estuvo precedida por la lectura y firma de un consentimiento informado elaborado de acuerdo a los códigos de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, también del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, y en consonancia con la Ley de Protección de los Datos Personales 25.326 (Argentina, 2001).

c. Procedimientos

Las entrevistas se desarrollaron en los CAPS de la ciudad de Unquillo donde cada participante se desempeñaba, en sus horarios de trabajo. De esta manera se propició una aproximación territorial e institucional basada en observaciones no participantes en terreno que fueron complementadas con los datos de las entrevistas.

Una vez desgrabada la entrevista, a cada participante le fue enviada la misma con el pedido de realizar señalamientos u observaciones adicionales en caso de considerarlo. Este procedimiento buscaba socializar, construir y confirmar de manera abierta y flexible datos desde la propia perspectiva de los agentes de salud, funcionando como criterio adicional de calidad y de integridad metodológica (Flick, 2004; Levitt et al., 2021; McLeod et al., 2021; Mendizabal, 2006). De ello, solo una participante aportó información adicional.

d. Análisis de datos

El análisis de datos se centró en la recuperación de sentidos y significados aportados por los participantes (Strauss y Corbin, 1998). Nueve entrevistas fueron incluidas en el análisis final, llegando de la siguiente manera al criterio de saturación (Soneira, 2006; Strauss y Corbin, 1998): un primer grupo de categorías fue elaborado en base al análisis de las primeras tres entrevistas. Dichas categorías se ampliaron posteriormente incorporando cuatro entrevistas más (siete en total). El conjunto de categorías no tuvo modificaciones con la incorporación de dos entrevistas adicionales (nueve en total). Por lo tanto, estas últimas entrevistas permitieron establecer la saturación de categorías en base a la cual fue elaborado el análisis final.

Resultados

Tres grandes temáticas o categorías centrales se fueron desplegando desde las primeras entrevistas. La primera, relacionada a aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS. La segunda, ligada a las características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio –el tratamiento en mayor profundidad de estas dos primeras categorías es desarrollado con mayor extensión en otra publicación (Di Persia, 2026)—. Finalmente, la temática referida a la coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados.

a. Aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS

Alrededor de esta primera agrupación emergieron 3 subcategorías referidas a las características generales del abordaje de los CAPS, a los agentes y niveles de salud articulados con los CAPS, y al impacto de la pandemia en la salud mental en general; que se desarrollan a continuación.

Características generales del abordaje de los CAPS

El abordaje en los CAPS se configura desde una perspectiva territorial, colectiva e intersectorial, don-

de la atención primaria de la salud se posiciona como puerta de entrada al sistema y como sostén comunitario orientado a garantizar accesibilidad a derechos. Se privilegia una lógica que desborda el enfoque individual y “despsicologiza” las intervenciones, promoviendo prácticas situadas en lo comunitario y en estrecha relación con el territorio. El dispositivo de atención es el centro de salud en su conjunto, donde el total de agentes —desde personal administrativo, diversos agentes comunitarios y profesionales— participan de manera integral, bajo el principio de disponibilidad y derecho a la atención. A su vez, se destaca el protagonismo de las tramas comunitarias, la participación activa de la población y el desarrollo de acciones de promoción de la salud mediante estrategias grupales y redes interinstitucionales. No obstante, este modelo convive con tensiones vinculadas a la precarización laboral y al debilitamiento de políticas públicas, lo que impacta en la sostenibilidad de los equipos y dispositivos.

Agentes y niveles de salud articulados con los CAPS

Los CAPS se insertan en una red de articulaciones institucionales que incluyen tanto a otros niveles del sistema de salud como a diversas dependencias estatales y organizaciones del territorio. En particular, el Hospital Provincial Urrutia ocupa un lugar central

como segundo nivel de atención en la continuidad de los abordajes en salud mental, mientras que el Hospital Pediátrico interviene en situaciones de mayor complejidad que requieren internación de menores de edad. Asimismo, ante situaciones de crisis, se articulan acciones con organismos como Defensa Civil, fuerzas de seguridad, instituciones educativas y organizaciones comunitarias. Estas intervenciones son coordinadas y monitoreadas por la Coordinación de Salud Mental en conjunto con la Dirección de Salud municipal, consolidando un entramado institucional que busca dar respuesta integral a las problemáticas.

Impacto de la pandemia en la salud mental en general

La pandemia y las medidas de distanciamiento social produjeron un fuerte deterioro en la salud mental de la población, generando un aumento significativo de la demanda y complejidad de las intervenciones. Las entrevistas dan cuenta de un escenario crítico caracterizado por el incremento del consumo de sustancias, la intensificación de la violencia de género y contra las infancias, el abandono y las dificultades en la continuidad educativa, así como un aumento de problemáticas vinculadas al suicidio. En este contexto, las situaciones de salud mental fueron percibidas como particularmente desbordantes, incluso más complejas que las derivadas

del COVID en sí mismo, evidenciando la magnitud del impacto psicosocial de la pandemia.

b. Características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio

Alrededor de esta segunda agrupación emergieron tres subcategorías principales. En primer lugar, el incremento de situaciones de crisis por salud mental; en segundo, los factores de riesgo, la vulneración de derechos y algunas características que asumen las subjetividades contemporáneas y, finalmente, una categorización vinculada a las estrategias y acciones específicas para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio.

Incremento de situaciones de crisis por salud mental

Les participantes observan un aumento significativo de situaciones de crisis en salud mental que complejizan su abordaje, prevención y seguimiento, en un contexto marcado por la pospandemia y por una serie de suicidios, especialmente de jóvenes conocidos en la comunidad. Este escenario ha tenido un fuerte impacto tanto en los equipos de salud como en la población, generando una revisión crítica de los marcos teóricos y prácticas de intervención. En este marco, el acompañamiento del Estado municipal y la creación reciente de una Coordinación de Salud Mental resultaron cla-

ves, aunque persisten tensiones vinculadas a la jerarquización del área dentro de la estructura municipal. Asimismo, estas crisis se articulan con un incremento de problemáticas sociales como violencias y consumo de sustancias, profundizando la complejidad de las intervenciones.

Factores de riesgo, vulneración de derechos y subjetividades contemporáneas

Los factores de riesgo asociados al suicidio se vinculan tanto a condiciones estructurales como a características de las subjetividades contemporáneas, destacándose el consumo problemático de sustancias, la precarización de las condiciones de vida y la vulneración de derechos. A su vez, la inmediatez y la impulsividad propias de la época dificultan la anticipación y el abordaje de las crisis, tensionando las capacidades de respuesta del sistema de salud. Desde esta perspectiva, el suicidio no es entendido como una conducta individual sino como un fenómeno social complejo, atravesado por desigualdades en el acceso a recursos básicos y redes de contención. En este sentido, la presencia de instituciones como la escuela o el trabajo opera como factor protector, mientras que su ausencia incrementa la vulnerabilidad. Asimismo, se señalan diferencias de género: los varones presentan mayor prevalencia de

suicidio y menor acceso a espacios donde tramitar la afectividad y ponerla en palabras, mientras que las mujeres, aunque enfrentan barreras específicas —ser con mayor frecuencia víctimas de situaciones de violencia, entre otras— son reconocidas como quienes toman la palabra, se animan a expresar lo que sucede, piden ayuda y tienden a generar redes de apoyo que actúan como protección no sólo de sí mismas, sino de sus familias y su comunidad.

Estrategias y acciones específicas para el abordaje de problemáticas ligadas al suicidio

Las estrategias de abordaje se organizan en torno a la prevención, el seguimiento y la posvención, enmarcadas en un cambio progresivo hacia una mayor visibilización del suicidio como problemática de salud pública. La prevención se basa en la construcción de redes y en la generación de un “fondo común de memoria” comunitario que permite reconocer señales de alerta a partir de la escucha distribuida entre diversos actores, fortalecida por dispositivos de primera escucha y capacitaciones. El seguimiento implica articulaciones con el sistema de salud —especialmente con el Hospital— mediante estrategias flexibles y “trianguladas”, que combinan intervenciones médicas y acompañamientos psicosociales sostenidos en el tiempo. Por su parte, la

posvención se despliega a través de acciones comunitarias e institucionales —como jornadas, intervenciones en escuelas o acompañamientos a familias— orientadas a elaborar los efectos subjetivos de los suicidios, fortalecer redes y promover procesos de resignificación colectiva del malestar.

c. Coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados

Dos subcategorías emergieron como centrales en torno a esta temática. Una, referida a las principales dificultades en la articulación con el segundo nivel de atención (Hospital Provincial Urrutia) para el seguimiento de situaciones de crisis en salud mental, y otra a herramientas e instrumentos de seguimiento y articulación ante situaciones de crisis en salud mental que aún falta fortalecer.

Dificultades en la articulación con el segundo nivel de atención (Hospital Provincial Urrutia) para el seguimiento de situaciones de crisis en salud mental

De manera consistente, la vinculación con el Hospital Provincial Urrutia como segundo nivel de atención fue referida como problemática, compleja y cargada de tensiones en relación al abordaje de casos por salud mental. “Siempre venimos manifestando malestar con

cómo se maneja el Hospital con salud mental... todas las cuestiones nos las derivan a nosotros” (C).¹ Se trata de un “problema”, “interferencias” (A) que, a pesar de existir acuerdos verbales, capacitaciones y comunicación en torno a prácticas puntuales, no obstante, persisten dificultades y falencias en la articulación, principalmente ante la derivación de casos en las que se entorpece la posibilidad de un seguimiento. En ocasiones se desconoce si se dan altas o indicaciones de tratamientos, se extravía la comunicación o faltan elementos formales de notificación.

Los CAPS generalmente reciben las demandas en los espacios de primera escucha y se interviene según el requerimiento del caso acorde al primer nivel de atención. Cuando se valora:

(...) riesgo cierto o inminente en relación a la conducta que esa persona está teniendo, se articula un traslado al Hospital, se avisa a la guardia del Hospital, que va a ir tal persona con tal documento el acompañante, entonces hay que buscarlo, hay que lograr que esa persona te dé el documento, que te dé el dato de alguien, calmarlo mientras estamos en el CAPS, tratar de contener ahí (...) ahora estamos intentando manejar psicofármacos en los CAPS porque a veces un sublingual resuelve eso para llegar al Hospital. (A)

En ocasiones, ante una derivación al Hospital, surge interferencia cuando “(...) la guardia clínica... la guardia general no siempre activa a la guardia de Salud Mental... a veces la guardia general recibe... le mete un inyectable, y lo pasa para su casa” (A).

Un hecho puntual fue destacado como un ejemplo claro de estas dificultades: un joven que estuvo 4 días internado, no logró estabilizarse, pidió el alta voluntaria, se fue y a las 5 horas se suicidó. Este hecho ha llamado mucho la atención porque expone las diferencias de criterios entre niveles:

y ahí entramos en una marea de qué hacemos, o les dan de alta en situación de calle, por ejemplo. Entonces a nosotros nos queda, cuando salga de alta, ver a dónde va a dormir. Entramos a hablar con la iglesia, con cualquier persona que lo pueda alojar. (A)

Siguiendo con el mismo ejemplo, la internación se hizo porque un actor de la comunidad tuvo el gesto de acompañarlo y “el Hospital dice que no lo va a retener porque no era su voluntad, pero a las 5 horas se suicida” (B). Entonces, “cuando se los recibe en el Hospital, por lo general quedan internados 1 o 2 días, pero la persona decide hasta cuándo se queda” (B). Entonces, si quedan internados:

(...) es en una cama fría, una camilla, como tienen los centros de salud, de 10 minutos de revisión, y ahí tienen que pasar 4 días. ¿Qué persona quiere estar así? Sin enfermera ni siquiera de salud mental que venga, le dé la medicación y se dé cuenta si la tomó adecuadamente y saber si está teniendo el efecto esperado, además de no estar en una habitación adecuada, sin intimidad. Imaginate pacientes con problemáticas de consumo que no tienen redes ¿cómo hacemos para internarlo? No se lo interna. (B)

Este hecho ha sido recurrente, y con frecuencia ha sucedido que a un paciente que le dan el alta no se le da aviso al CAPS o bien los mecanismos de comunicación no son eficientes. En ocasiones, se utilizan medios informales como el “Whatsapp” (A), que si bien es “fácil y rápido” (A), constituye un medio ineficiente de información porque “hay muchas cosas que no te dicen y que uno no se entera” (A). También ha llegado un usuario al CAPS con un RP (encabezado tradicional que los médicos colocan al inicio de una receta médica) que decía “seguimiento psicología Quebrada Honda” y resulta que cuando se le pregunta por qué requería de psicología, cuenta “me acaban de sacar porque me quise matar” (A), sin que se sepa si tiene recetada medicación, la situación, etc.

Frente a estas situaciones, se han mantenido reuniones con la dirección del Hospital, con la secretaría de Salud Mental, la jefa del servicio, la dirección de Salud de la municipalidad y lo acordado fue que:

todas las situaciones de crisis de Salud Mental que lleguen al Hospital y se internen, sean avisadas a la coordinación de Salud Mental por mail (...) sin embargo, sólo pasa cuando es muy extremo. Por ejemplo, nos han avisado cuando se internaban personas que tienen hijos y esos hijos quedaron solos, entonces hay que ver qué, o cosas así como muy bombas. Pero algo que es cotidiano y es una internación, que para nosotros es súper importante, no te comunican (...) el servicio de Salud Mental no da aviso a los CAPS. (A)

Sin embargo, no sólo no se produce en todos los casos la comunicación pertinente, sino que la situación dista de lo que sería ideal: “tener una articulación previa para preparar la red que va a contener a esa persona (D).

Al respecto, señalaba otro entrevistado, hay equipos que no funcionan como equipos, sino como “sumatoria de gente en un mar de fragmentaciones donde algunos servicios, algunas cosas, funcionan un poco más aceptadas (E). Entonces, frente a este desmembramiento, lo

que prevalece es el “capital vincular” (E), es decir, los vínculos que posibilitan la comunicación, pero por vías informales. Sin embargo, “lamentablemente, la informalidad no construye derechos porque lo que tiene que haber es un mecanismo institucional, no vínculo” (E). En este sentido, se debería apuntar a la construcción integrada de redes, porque “necesariamente tenemos que pensar con otros y articular” (E).

Herramientas e instrumentos de seguimiento y articulación ante situaciones de crisis en salud mental que aún falta fortalecer

Desde la creación de la coordinación en Salud Mental han sido realizadas numerosas capacitaciones, muchas de ellas desde el Ministerio de Salud de la Provincia, en relación al abordaje de situaciones de crisis en salud mental en los CAPS. Se ha compartido el manual mhGAP que permite rápidamente a los agentes de salud, desde el personal “administrativo, maestranza y demás”, identificar acciones a seguir en caso de urgencia (A). Existe también la constante tarea de construir e implementar protocolos que ordenen el accionar intersectorial. Para esto fue convocada, hace 2 años aproximadamente, la OCII (Oficina de coordinación de internaciones judicializadas involuntarias) para que brinde capacitación sobre los marcos legales de la

crisis en salud mental, entendiendo que dichos marcos permitirían establecer criterios entre los actores intervinientes, que son muchos: Policía de la Provincia de Córdoba, Bomberos, Defensa Civil, Seguridad Ciudadana, Hospital Provincial Urrutia, área de Salud de la municipalidad, Secretaría de Gobierno de la municipalidad, jueza de paz y secretaria de Salud Mental de la Provincia. Esto sirvió para “reconocer los factores que intervienen y saber qué hace cada uno” (A). Sin embargo, se estableció sólo “de palabra”, quedando “pendiente de formalizar”, un protocolo de acción ante situaciones de crisis (A).

Desde entonces, cada vez que hay un intento de suicidio, junto a “N, que es quien se ocupa de los operativos de Defensa Civil y ante cualquier situación de crisis en salud mental o intentos de suicidio o suicidio, es el primero que interviene, hace una valoración general y llama a quien deba intervenir” (A); en conjunto con él, se trabaja junto a la coordinación de Salud Mental en base a una ficha con información, que completa N, y que sintetiza el hecho ocurrido, identificando quién intervino y datos personales que permiten la búsqueda de información en los registros e historias clínicas conservadas en legajos en los CAPS. De esta manera, la coordinadora de Salud Mental averigua:

dónde vive esa persona (...) y consulto en la historia clínica si alguien lo atendió, porque si alguien lo atendió posiblemente tenga cierta confianza con esa persona (...) ya sea médico, enfermero, lo que sea, y que esa persona lo puede captar para comenzar otro tratamiento. Esa captación se hace o, por criterio vincular, dígame: persona de confianza dentro del sistema de salud; o por criterio comunitario, dígame: la agente sanitaria conoce a la vecina del chico, entonces vamos con la vecina y la agente a que [la persona] se acerque al centro de salud. (A)

Junto a esta ficha de información de articulación entre la coordinadora de Salud Mental y N de Defensa Civil, también se han implementado “algunas pequeñas palabras técnicas estratégicas que sirven para que esa persona sea recibida” en la guardia de Salud Mental y no llegue sólo a la guardia general (debido a que ésta última es quien determina si activa a la primera o no) (A), ya que “las conductas autolíticas en adolescentes llegan a las guardias y son registradas como cortes o ingesta de medicación. Esos casos no llegan a salud mental. Ese subregistro no te permite ubicar epidemiológicamente lo que está sucediendo” (F). Entonces, por ejemplo, N, en lugar de completar la ficha con la frase “intento de suicidio”, emplea el término “intoxicación” en su lugar, cuando la persona se empastilló (A). De esta manera,

al emplear esa palabra, aumentamos la probabilidad de “un abordaje clínico, que le pasen un suero, (...) y después vean si atiende Salud Mental o no”. Se trata así de “pequeños movimientos, muy finitos, que nos han permitido mejorar el engranaje que implica todo esto y enmarcar el abordaje intersectorial de las crisis en salud mental” (A).

Un instrumento denominado “Formulario de referencia y contrarreferencia” tiene la finalidad de articular entre los niveles de atención en salud y ha sido implementado desde la Dirección de integración sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia. En la misma constan: “datos del paciente, si tiene algún cuadro clínico o algún diagnóstico, el motivo de la derivación, la firma y un sello. Y la contrarreferencia que sería quién lo va a recibir, la fecha, hora y la firma nuestra” (C).

Si bien se reconoce la importancia y utilidad de este instrumento, en la práctica resulta que su aplicación “no funciona” (C) de manera general y completa, ya que en ocasiones “hasta el día de hoy nos cuesta que la llenen y tenés que derivarla de nuevo” (C). También “sucede mucho que la persona se siente pateada. Y eso genera mucho enojo. Entonces, ese enojo viene acá [al CAPS de referencia], porque acá es donde viven” (D).

Al respecto, un participante experimentado comentaba que desde hace mucho se viene intentando implementar este formulario, pero que son las propias fallas en el sistema de salud las que provocan que se tenga que volver a empezar una y otra vez sin que se termine de consolidar. Lo que pasa, señalaba, es que “las políticas van cambiando y todas las veces empezamos de nuevo, pero bueno, acá lo estamos haciendo funcionar desde el año pasado” (E).

Este reordenamiento ha implicado revisar las bases mismas de lo que implica la atención en salud, pensada en, primero, “ordenar cómo llega esa persona” (F). En este sentido, la ficha de referencia y contrarreferencia es un instrumento ordenador, de comunicación y articulación que permite formalizar la información y la atención, fortalecer la articulación en red, haciéndola parte integral del sistema y no dependiente de nombres propios, voluntades, o el capital vincular exclusivamente. En este sentido, se expresa una mirada crítica al respecto por parte de los equipos de salud, en la que se reconoce que “la informalidad no construye derechos” (E); “tenemos que formalizar, hacer algo que no dependa de la interpretación de nadie” (A); porque “si queda librado a la voluntad de las personas no sabés cuánto tiempo va a sostenerse; es como una herramienta débil para el territorio porque se iría con la persona” (B).

Discusión

Los resultados, elaborados en base a los lineamientos de teoría fundamentada, permitieron identificar 3 temáticas principales como elementos centrales de la organización de la atención en salud mental desde una perspectiva territorial, comunitaria e intersectorial, en línea con los postulados de la atención primaria de la salud y los enfoques de salud mental comunitaria y que fueron ordenados en base a las siguientes categorías centrales:

- Aspectos generales del abordaje de salud de los CAPS
- Características específicas del abordaje de problemáticas relacionadas al suicidio
- Coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados

Las primeras dos temáticas permiten ubicar el dispositivo institucional CAPS por sobre la lógica del profesional individual, dando cuenta de un corrimiento respecto de modelos biomédicos tradicionales, enfatizando la corresponsabilidad, la accesibilidad y el trabajo en red. Sin embargo, esta orientación convive con tensiones estructurales, particularmente la precari-

zación laboral y el debilitamiento de políticas públicas, que impactan en la sostenibilidad de los equipos y en la consolidación de prácticas.

En este marco, la pandemia aparece como un punto de inflexión que intensificó las problemáticas de salud mental y visibilizó la insuficiencia de los dispositivos existentes, al tiempo que impulsó la creación de nuevas instancias de coordinación y respuesta estatal.

El incremento de situaciones de crisis, especialmente ligadas al suicidio, no puede entenderse de manera aislada, sino en articulación con procesos más amplios de vulneración de derechos, precarización de la vida y transformaciones en las subjetividades contemporáneas, caracterizadas por la inmediatez, la impulsividad y la fragilidad de los lazos sociales. Esto refuerza la necesidad de sostener una lectura no individualizante del suicidio, sino situada en tramas sociales complejas.

En relación a la tercer categoría central, de coordinación de la atención de salud mental entre niveles y sus factores asociados, las estrategias desplegadas por los CAPS —centradas en la prevención, el seguimiento y la posvención— evidencian un fuerte anclaje comunitario y una apuesta por la construcción de redes de cuidado. Resulta particularmente relevante la noción de “fondo

común de memoria”, que pone en valor saberes colectivos y circuitos informales de alerta como elementos fundamentales para la detección temprana y la intervención. No obstante, aquí emerge una tensión central: si bien estos dispositivos informales resultan eficaces en la práctica cotidiana, su predominio da cuenta de la fragilidad de los mecanismos institucionales formales.

Esta problemática se vuelve especialmente crítica en la articulación con el segundo nivel de atención. Las dificultades en la comunicación, la falta de protocolos formalizados y las diferencias de criterios clínicos generan discontinuidades en el cuidado, afectando la calidad de la atención y, en algunos casos, produciendo consecuencias graves.

La recurrencia a estrategias informales —como contactos personales o el uso de aplicaciones de mensajería— pone de relieve la importancia del “capital vincular”, pero también sus límites en términos de garantía de derechos. En este sentido, los intentos por implementar herramientas como formularios de referencia y contrarreferencia, protocolos intersectoriales (como mhGAP) y capacitaciones constituyen avances significativos, aunque aún insuficientes frente a las dificultades estructurales del sistema.

Tres aspectos principales fueron los que evidenciaron mayores dificultades de coordinación:

- Comunicación: coexistencia y uso simultáneo de canales formales e informales de intercambio de información.
- Referencia y contrarreferencia: uso irregular de la ficha correspondiente y de procedimientos sistemáticos.
- Criterios de abordaje de situaciones de crisis en salud mental: discrepancias entre los niveles sobre la necesidad o no de internación, activación de dispositivos de guardia y comunicación de las altas, lo que obstaculiza la continuidad del cuidado.

Conclusiones

El estudio pone de manifiesto que los CAPS desempeñan un rol central en el abordaje de la salud mental a partir de estrategias comunitarias, territoriales e intersectoriales que amplían la noción de cuidado. Sin embargo, este potencial se ve tensionado por limitaciones estructurales del sistema de salud, especialmente en la articulación entre niveles de atención y en la falta de institucionalización de mecanismos de coordi-

nación y seguimiento. En Argentina, estas dificultades se profundizaron a partir de los procesos de reforma implementados desde la década de 1990, marcados por políticas de descentralización que trasladaron responsabilidades a gobiernos locales sin una adecuada transferencia de recursos, generando desarticulación organizacional, debilitamiento de la coordinación entre niveles y una lógica de gestión orientada al ajuste fiscal antes que a prioridades sanitarias (Ase, 2006; Stolkiner y Rosales, 2023).

Estas dificultades adquieren especial relevancia considerando que la fragmentación constituye una característica persistente de los sistemas sanitarios latinoamericanos (OPS, 2010; Terraza Núñez et al., 2006). En Argentina, esta situación se expresa mediante problemas de comunicación, deficiencias en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, escaso intercambio de información clínica y diferencias en los criterios de intervención entre niveles asistenciales (Ase, 2006; OPS, 2010; Puzzolo et al., 2009).

Diversos estudios (Puzzolo et al., 2009; Vázquez et al., 2009) han identificado múltiples factores que dificultan este proceso, y que también emergieron en las entrevistas realizadas en el presente estudio, tales como: sobrecarga laboral, insuficiencia de tiempos

institucionales para la coordinación, precarización del trabajo en salud, ausencia de dispositivos formales de comunicación y escasa confianza entre profesionales pertenecientes a distintos niveles asistenciales.

En este sentido, resulta fundamental fortalecer las políticas públicas en salud mental, jerarquizar las áreas específicas dentro de las estructuras estatales y avanzar en la formalización de protocolos e instrumentos que garanticen la continuidad del cuidado. De esta manera, sería fundamental trabajar en una coordinación asistencial, siguiendo para esto lineamientos planteados por la OPS (2010), que posibiliten articular sistemáticamente todos los servicios involucrados en la atención de una persona para garantizar continuidad, coherencia y eficiencia de los cuidados, independientemente del lugar donde estos se presten. Cuando dicha articulación alcanza elevados niveles de integración organizacional y clínica se configura un modelo de atención integrada (Puzzolo et al., 2009).

De esta manera, consolidando dispositivos de formación y sensibilización que permitan sostener la detección temprana y la intervención oportuna, el sistema se hará menos dependiente de iniciativas individuales e informales. El trabajo de los CAPS muestra que, aun en condiciones adversas, las intervenciones territoriales y

vinculares pueden tener capacidad preventiva y transformadora, pero también que estas prácticas necesitan respaldo institucional y estatal para consolidarse.

Finalmente, los hallazgos subrayan la importancia de conocer y analizar las herramientas e instrumentos existentes para la coordinación de la atención en salud mental entre niveles y los factores que condicionan su funcionamiento de manera de poder fortalecer la coordinación entre niveles de atención mejorando de esta manera la capacidad de respuesta del sistema.

Referencias Bibliográficas

- Ardila-Gómez, S., Fernández, M., Bertagni, J., Dinolfo, L., Galíndez, L., Prado, M. y Rosales, M. (2021). Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018. *SAÚDE DEBATE*, 45,(128), 54-65, DOI: 10.1590/0103-1104202112804
- Argentina (2001). *Ley N° 25.326 de protección de los datos personales*.
- Argentina (2010). *Ley N° 26.657 de Salud Mental*.
- Ase, I. (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud colectiva*, 2(2), 199-218.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental*. Lugar Editorial.
- Colomer, J. (2024). *Salud mental. En Córdoba ya hay casi tantas muertes por suicidio como por siniestros viales*. La Voz del Interior. [Consultado el día 11/11/2024] Disponible: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/en-cordoba-ya-hay-casi-tantas-muertes-por-suicidio-como-por-siniestros-viales/>
- Creswell, J., y Miller, D. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory into practice*; 39(3).
- Di Persia, N. (2026). Abordaje del suicidio en atención primaria. Estudio cualitativo con profesionales en psicología de Unquillo. *Nuestra Ciencia*, 18, 11-22.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, (33)2, 117-126.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Greenhalgh, T. (2009). WHO/WONCA report – In-

- tegrating Mental Health in Primary Care: A Global Perspective. *London J Prim Care (Abingdon)*; 2(1), 81–82. Doi: 10.1080/17571472.2009.11493254
- Levitt, H. (2015). Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. *Psychotherapy*, 52(1), 31–37. <https://doi.org/10.1037/a0037076>
- Levitt, H., McLeod, J., y Stiles, W. (2021). The Conceptualization, Design, and Evaluation of Qualitative Methods in Research on Psychotherapy. En Barkham, M., Lutz, W., y Castonguay, L. (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 51-86). Wiley.
- McLeod, J., Stiles, W., y Levitt, H. (2021). Qualitative Research: Contributions to Psychotherapy Practice, Theory and Policy. En Barkham, M., Lutz, W., y Castonguay, L. (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 351-384). Wiley.
- Mendizabal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasila-chis de Gialdino (Coord), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp. 65-105). Gedisa.
- Miles, M., Huberman, A. y Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Sage.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría; UNICEF.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. OPS/ OMS.
- Puzzolo, J., Amarilla, D., Colautti, M., Moreno, J., De Paepe, P., Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, M. (2009). Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la red municipal de salud de la ciudad de rosario, argentina. *Revista de Salud Pública, (XXIII)*1, 26-40.
- Salvo, L., Florenzano, R., y Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Rev Med Chile*, 149, 913-919.

- Soneira, A. (2006). La Teoría Fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp. 163-173). Gedisa.
- Stolkiner, A y Rosales, M. (2023). Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria. En: Wilner, A. y Torricelli, F. (comps). *Praxis en salud mental. Abordajes y procesos de cuidado*. (pp. 11-32). UNLa.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage.
- Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., y Vázquez Navarrete, M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495.
- Thornicroft, G., y Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43(4), 849–863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>
- Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira-da-Silva, M. R., Unger, J.-P., y Vázquez, M. L. (2016). Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*, 31(6), 736–748. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord), *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp. 23-64). Gedisa.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Unger, J.-P, Mogollón-Pérez, A. Ferreira-da-Silva, M. y De Paepe, P. (2009). Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*; 26(4), 360–7.

Notas

1. De aquí en adelante se hace referencia a cada participante y/o persona mencionada con una letra decidida al azar.