



Incidencia de Internaciones por Salud Mental en Población
Adolescente de un Prestador de Medicina Prepaga en el
Área Metropolitana de Buenos Aires Durante la Pandemia
COVID-19.

Trabajo Final Integrador

Universidad: Fundación H.A. Barceló Facultad de Medicina

Carrera: Especialista en Medicina Legal

Director de la Carrera: Prof. Dr. Roberto Foyo. *Médico legista. Master en*

Medicina Forense (Universidad de Valencia). Profesor Regular Adjunto

Medicina Legal Facultad de Medicina (UBA). Profesor titular Medicina Legal.

Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Autor: María Victoria Matveiczuk

Director de Trabajo Final Integrador: Dra. Paola Noelia Figueroa

Fecha de presentación: junio de 2023

Resumen. Abstract.

Introducción: Las personas jóvenes de todo el mundo han sido particularmente vulnerables al aislamiento y el estrés psicosocial frente al cese de la presencialidad en escuelas y universidades durante la pandemia de COVID-19. **Hipótesis de trabajo:** Durante la pandemia aumentó la incidencia de internaciones por salud mental en adolescentes. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, evaluándose usuarios de edades entre 10 y 19 años que solicitaron valoración a través de un dispositivo de guardia de salud mental, pertenecientes a la población de un prestador de medicina prepaga en Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Este estudio fue evaluado durante el periodo bianual comprendido entre el 20 de marzo de 2019, un año antes de la fecha del decreto de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO), y un año posterior al mismo, hasta 20 de marzo de 2021. Así pudieron distinguirse dos grupos de población: una evaluada durante el periodo anual inmediatamente anterior al decreto del ASPO por COVID-19, y una segunda población evaluada durante el periodo anual inmediatamente posterior al decreto del ASPO. Se determinó la incidencia de internación por salud mental en ambos grupos, a fin de comparar estos resultados. Se describen características demográficas y psiquiátricas de la población internada durante la pandemia COVID-19 (periodo posterior a decreto de ASPO). **Resultados:** Posterior al decreto de ASPO se internaron 50 adolescentes por motivo de salud mental en un prestador de medicina prepaga en el AMBA durante un periodo de un año. La incidencia acumulada fue del 20.66%. Durante el periodo anual anterior se internaron 29 adolescentes por motivo de salud mental, presentando una incidencia acumulada del 12.70%. El 78% de la población fue femenina, el 22% fue masculina. No se registró indicación de internación por salud mental en adolescentes de 10 a 12 años. Se internaron 8 adolescentes de 13 años, 5 adolescentes de 14 años, 8 adolescentes de 15 años, 8 adolescentes de 16 años, 10 adolescentes de 17 años, 8 adolescentes de 18 años y 3 adolescentes de 19 años. El 42% ingresa por ideación suicida, el 18% por sobreingesta, el 6% por trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el 24% ingresa por descompensación psicótica, y el 10% restante por otras causas (excitación psicomotriz, consumo problemático de cocaína, motivo de ingreso no especificado). El 34% de los pacientes internados fueron reingresados durante el transcurso del periodo anual evaluado, y el 66% restante fueron ingresos por única vez. **Conclusiones:** Se encontró un aumento en la incidencia acumulada de internaciones por salud mental de adolescentes. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa a través

del test de chi cuadrado. En cuanto a las características de la población, la mayoría fueron mujeres. No se registró indicación de internación por salud mental en adolescentes de 10 a 12 años, la mayoría de las internaciones fueron entre los 15 y 18 años. La mayoría fueron ingresos por única vez, registrándose un tercio de los casos como reingresos durante el transcurso anual evaluado. Existen numerosas evidencias bibliográficas que el sistema de salud mental de Latinoamérica, y de Argentina en particular, presenta falencias para responder a la demanda creciente con la que se enfrenta. Estas falencias se magnificaron durante la pandemia. Este estudio resalta la importancia de más estudios longitudinales que determinen los impactos agudos y a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de adolescentes. Los intrincados enlaces entre salud mental y salud pública, derechos humanos y desarrollo socioeconómico, implica que transformar las políticas y prácticas de salud mental puede implicar beneficios reales para individuos y comunidades.

Palabras clave: internación, salud mental, niños niñas y adolescentes, pandemia, COVID-19.

Índice

Introducción	5
Marco Teórico	7
Formulación del Problema	13
Objetivos	13
<i>Objetivo Primario</i>	13
<i>Objetivos Secundarios</i>	13
Metodología	13
<i>Criterios de inclusión</i>	14
<i>Unidad de análisis</i>	14
<i>Fuente de datos</i>	14
<i>Análisis estadístico</i>	14
Resultados	15
Discusión	18
Conclusiones	49
Referencias Bibliográficas.....	51

Introducción

La adolescencia es considerada por la OMS como una etapa de la vida en la cual el niño se transforma en adulto. Los expertos de este organismo internacional la consideran cronológicamente comprendida entre los 10 y 19 años, a pesar de que no todos los estudiosos del tema aceptan esos límites etarios. De acuerdo al Código Civil Argentino la adolescencia abarca el periodo desde los 13 hasta los 18 años (art. 25, ley 26.994, 2014).

Esta etapa está determinada por una serie de cambios que abarcan lo físico, lo psíquico y lo social. A su vez esta etapa se caracteriza por un proceso del neurodesarrollo muy susceptible a la influencia ambiental (UNICEF, 2021). El impacto de la experiencia negativa durante la adolescencia puede intensificarse e influir en la adultez (UNICEF, 2018). Muchos adolescentes están expuestos a factores familiares, culturales, sociales, económicos y ambientales que pueden potencialmente influir en forma negativa en su desarrollo cognitivo, social y emocional. Estos factores incluyen violencia, pobreza, conflicto, migración forzada, desigualdad de género y emergencias humanitarias (Patton GC et al, 2016). Estos factores han de ser contemplados por la comunidad y por el Estado para poder implementar un marco legislativo que encuadre políticas de salud basadas en la evidencia y centradas en los usuarios. Las mismas deben ser adecuadas a las necesidades, capacidades y deseos de los adolescentes.

Una de las mayores crisis globales de nuestra generación ha sido la pandemia de COVID-19, con severas repercusiones en las sociedades, sus sistemas de salud y economías. La misma ha impactado profundamente en la salud mental, amplificando y haciendo visible esta problemática. Han aumentado los síntomas de ansiedad, depresión y estrés post traumático en la población general, y se han detectado un aumento en pensamientos y conductas suicidas (University of Oxford, 2020).

Junto a este aumento en la demanda de servicios de salud mental, estos se han visto severamente restringidos. Ello fue particularmente notorio al inicio de la pandemia, ya que el personal y la infraestructura sanitaria fue modificado para focalizar la atención en COVID-19. Las medidas sociales en relación a la restricción de circulación contribuyeron a dificultar el acceso al sistema de salud mental. Los gobiernos implementaron políticas de confinamiento, cierre de escuelas, distancia social y cuarentena domiciliaria. NNYA experimentaron un estado de aislamiento físico prolongado de sus pares, sus maestros, sus familias extendidas y sus lazos en la comunidad. Durante la cuarentena, el miedo al contagio, el aburrimiento, la frustración,

la falta de recursos necesarios, la falta de información, la crisis financiera y el estigma magnificaron el impacto negativo de la misma en la esfera psíquica. El aislamiento social y el cierre de las escuelas habría provocado un aumento en la problemática de salud mental en niños, niñas y adolescentes (NNyA), en adición a la problemática de salud mental registrada en población adulta asociada al temor por la salud y la inestabilidad económica de la familia (OMS, 2020). El aislamiento social y el cierre de las escuelas probablemente haya resultado en aumento en sensación de soledad en NNyA quienes perdieron su lazo social debido al confinamiento. La sensación de soledad presenta particular importancia en la adolescencia, etapa que requiere de la interacción con pares y generar sensación de identidad grupal y apoyo mutuo como parte del proceso de un desarrollo saludable en esta etapa. La pérdida de este lazo social y la sensación de exclusión se asoció con un aumento de riesgo de patología mental, particularmente depresión y ansiedad social (Dick B et al, 2017).

En relación a esto, un estudio había evaluado previamente el impacto que ejerció el aislamiento social sobre la salud mental en contexto de diferentes infecciones, incluyendo el H1N1, el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe aviar (Sprang G , 2013). En dicho estudio se concluyó que aquellos NNyA que habían experimentado aislamiento social obligatorio o cuarentena, eran cinco veces más susceptibles a requerir asistencia de servicios de salud mental, y vivenciar altos niveles de síntomas de estrés postraumático. Esto implica que podría haber un aumento de requerimiento de servicio de salud mental en esta población luego de la pandemia COVID-19.

El motivo del presente estudio se sustentó en las reflexiones y experiencias llevadas a cabo durante el ejercicio de psiquiatría en dispositivo de urgencia durante la pandemia COVID-19. Se pretendió visibilizar la incidencia de internaciones por salud mental en población adolescente durante la pandemia, comparándola respecto de la misma previo a la pandemia. Se pretendió, a su vez, describir las características de dicha población. Esta información permitió reflexionar en torno al marco legal vigente en relación a las internaciones por cuestiones de salud mental, los derechos de NNyA, los derechos del paciente y ejercicio legal de la medicina.

La investigación se encuadró en un diseño descriptivo y retrospectivo. El propósito de la misma consistió en contribuir al aporte de datos significativos que permitieran arribar a conclusiones basadas en la evidencia en relación a las internaciones por motivo de salud mental en adolescentes. Se pretende eventualmente contribuir con información para el desarrollo de protocolos y políticas de salud acordes

a las necesidades de la comunidad. Si bien no existe un compromiso directo con la acción, es deseable que los resultados del presente estudio sirvan a los ámbitos de intervención en el sentido de lograr mayor calidad y precisión respecto a propuestas más programáticas.

Marco teórico

La Convención de los Derechos del Niño reconoce a NNyA como sujetos de derechos, en contraposición a la concepción previa de objeto de protección o tutela. La Convención establece principios rectores que deben orientar todas las normas relacionadas con niños, niñas y adolescentes. Estos principios rectores son:

1. PARTICIPACIÓN DIRECTA
2. AUTONOMÍA PROGRESIVA
3. INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO
4. IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN.

La participación directa implica que se involucren en forma directa y significativa en aquellos sucesos que los atañen.

La autonomía progresiva implica el reconocimiento jurídico de la progresividad en términos de capacidad de discernimiento para la toma de decisiones. En aquellos casos en los que debido al grado de autonomía se requiera acompañamiento, se debe pedir consentimiento para la intervención a persona de su confianza (preferentemente los padres, pero podría ser otro). Se debe acordar con el NNyA la forma en que participará la persona elegida, a la vez que se debe garantizar su propia participación en todos los aspectos de su atención. En líneas generales se considera que antes de los 13 años requieren algún tipo de asistencia para la toma de decisiones sanitarias, independientemente de lo cual se debe tener en cuenta la opinión del NNyA. En aquellos casos en que no pueda expresar su voluntad, por estado de inconsciencia o porque no es capaz de expresarse, la decisión será tomada por quienes ejerzan las responsabilidades de cuidado de acuerdo a la guía del profesional interviniente. En el período comprendido entre los 13 y los 16 años las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la toma de decisiones son las prácticas invasivas, es decir aquellas que haya un alto riesgo o puedan generarse secuelas. A partir de los 16 años se lo considera como un adulto para todas las decisiones que se refieren al cuidado de su cuerpo.

El interés superior alude a la “máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley” (art. 3 Ley N° 26.061).

La igualdad y la no discriminación abarcan aquellas medidas especiales necesarias para garantizar equidad e igualdad de oportunidades. Esto implica una conducta activa por parte del Estado, el cual está obligado a promover, proteger y garantizar la salud de NNyA de forma prioritaria e integral (art. 24 ley 26.061).

La atención ha de ser interdisciplinaria e interinstitucional. Además de políticas de salud debe incluir también políticas de educación, vivienda, medio ambiente sano, acceso a los beneficios de la ciencia y la tecnología, a la información, libertad de pensamiento y expresión (art. 3 ley N° 26.061).

La exposición a factores ambientales aversivos durante la adolescencia ha contribuido a que las problemáticas de salud mental estén dentro de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes de ambos sexos, y en diferentes rangos de edades. Los desórdenes mentales incluyen trastornos de la conducta, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (Guthold et al, 2021). El daño autoinfligido es la tercera causa de discapacidad en años de vida ajustado a nivel mundial (Kessler et al, 2013; Gore et al, 2011). El suicidio es la cuarta causa de muerte en personas entre 15 y 29 años (OMS, 2021). Aproximadamente la mitad de los desórdenes mentales inician antes de los 14 años, y en el caso de que no reciban tratamiento, los efectos puede persistir durante toda la experiencia vital y tener severas implicancias (Guthold et al, 2021).

El abuso de sustancias, la violencia física, el daño autoinfligido y las conductas sexuales riesgosas que inician en NNyA persisten en la adultez (Dick et al, 2015; Kessler et al, 2005). De acuerdo al marco legislativo vigente, en aquellas situaciones de consumo problemático en las que no se identifique un riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros, se debe guardar la confidencialidad de la consulta y respetar la autonomía. Se debe abrir la posibilidad de convocar a una persona adulta de confianza para que acompañe su atención. En Argentina, conforme a las leyes 23.737, 24.455, 24.754 y 26.657, todas las personas independientemente de su cobertura de salud tienen el derecho de acceder de forma gratuita al tratamiento integral de las adicciones.

En lo que respecta a la violencia, la consulta médica y las escuelas son los principales puntos de detección de situaciones de violencia y abuso hacia NNyA. El maltrato puede ser psicológico, físico, sexual. Los casos de abuso sexual “tienen una importante dimensión cuantitativa, provocan serios daños por tratarse generalmente de

situaciones que ocurren en el ámbito intrafamiliar o entorno cercano y de una manera crónica o reiterada, y por tanto requieren un abordaje médico, psico-social y jurídico particular” (“Protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual”; Ministerio de Salud de la Nación; 2011). En el código penal se describen tres conductas que atentan contra la integridad sexual, tipificadas en los artículos 119 y 120: el abuso sexual que incluye actos sin penetración como manoseos o contacto con los genitales; el abuso sexual calificado que implica prácticas que aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la utilización de objetos, la obligación de masturbarse o de masturbar al agresor y otros actos; y la violación que se define como acceso carnal por cualquier vía, vaginal, anal y el sexo oral. El Código Penal considera que antes de los 13 años las personas no están, en general, en condiciones de prestar consentimiento sexual válido y, por tanto, la persona adulta o con una diferencia importante de edad que mantenga relaciones sexuales con una persona menor de 13 años será sancionada penalmente.

Lo anteriormente expuesto son factores que contribuyen a una mala salud mental durante la adolescencia, lo cual impacta negativamente en una serie de aspectos fundamentales de la experiencia vital. Estos aspectos incluyen las relaciones interpersonales, el desarrollo académico, y eventualmente la productividad laboral (Kessler et al, 2005; OMS, 2014).

En 2003 durante una conferencia de la OMS sobre atención en NNyA con desórdenes mentales se identificaron las barreras para el acceso sanitario: falta de recursos, estigma (principal factor en países desarrollados), falta de transporte, falta de habilidad de establecer comunicación efectiva en lenguaje paterno, falta de conocimiento en población general acerca de trastornos mentales en NNyA. El estigma, la discriminación y la violación de derechos humanos de personas con padecimiento mental son problemáticas globales; 20 países al día de la fecha criminalizan el intento de suicidio. El mayor riesgo de padecimiento mental está en la población más pobre y con menos recursos, y a su vez son quienes tienen menos posibilidades de recibir un servicio adecuado a su problemática (OMS, 2022).

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, aprobada en 2006 y ratificada en nuestro país en 2008 por la ley 26.378, entiende a la discapacidad como el resultado de la interacción entre las personas y las barreras del entorno que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. El abordaje de personas con discapacidad debe ser

integral, teniendo en cuenta sus componentes socioeconómicos y sanitarios, debiendo priorizarse la accesibilidad y la equidad, y reconocerse la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, fomentando de esta manera el ejercicio de sus derechos. En el art. 25 de la supramencionada ley se reconoce el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, debiendo el Estado adoptar todas las medidas pertinentes para asegurar el acceso a servicios de salud que tengan perspectiva de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. Los profesionales de salud deben tomar en cuenta la voluntad de NNyA con discapacidad. La cobertura y garantía de los derechos de los mismos en el marco de la atención sanitaria, se debe regir por los mismos principios que para la población general de este rango etario: interés superior del niño, autonomía progresiva, participación directa e igualdad y no discriminación (IDA, 2006).

En relación a la pandemia de COVID-19, personas jóvenes alrededor del mundo han sido particularmente vulnerables frente al cese de presencialidad de escuelas y universidades, con aumento en aislamiento y distrés psicosocial. Esto parecería haber conducido a sentimientos de ansiedad, incertidumbre y soledad, conllevando a problemas afectivos y conductuales. En algunos casos permanecer en su hogar habría aumentado el riesgo de estrés familiar o abuso, los cuales de por sí son factores de riesgo para el desarrollo de problemáticas de salud mental (OMS, 2021). Por otro lado, el confinamiento implicó un aumento en el uso de redes sociales en NNyA. La literatura actual sugiere que aquellos adolescentes que pasan más de 3 horas diarias en redes sociales pueden tener un riesgo aumentado de problemática de salud mental. Esto es de causa multifactorial que incluye, entre otras, deprivación de sueño a expensas de invertir más tiempo en las redes, y aumento del riesgo de cyberbullying, el cual tiene una fuerte asociación con síntomas depresivos. Las redes sociales a su vez exponen a adolescentes a versiones idealizadas de una autopresentación, que impactan negativamente en la autopercepción de la imagen corporal y del self social. El uso excesivo de redes sociales a su vez se asocia a pobre regulación emocional y falta de interacción social, los cuales contribuyen a síntomas de ansiedad y depresión (Riehm KE et al, 2019).

En adición a esto, un estudio reciente demostró un aumento significativo de las admisiones pediátricas por condiciones médicas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria durante la pandemia COVID-19. El número total de admisiones durante los

primeros doce meses de la pandemia fue más del doble de lo que había sido en el mismo periodo el año previo (Gilsbach et al, 2022).

La American Academy of Pediatrics, junto con la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry y la Children's Hospital Association presentaron una declaración de Estado de Emergencia Nacional en la Salud Mental de NNyA en Estados Unidos durante la pandemia COVID-19. Se visibilizó un marcado aumento en tasas de problemática de salud mental de NNyA y sus familias, entendiéndose esto como una exacerbación de una situación que ya existía previamente. En esta declaración, dichas asociaciones sostienen que el empeoramiento de la crisis está íntimamente relacionado con la pandemia COVID-19, y a su vez representa una aceleración en la tendencia ya observada previo al año 2020. Las tasas de problemática de salud mental y suicidio aumentaron establemente entre 2010 y 2020, y para el 2018 el suicidio era la segunda causa de muerte en personas de 10 a 24 años. La pandemia ha intensificado esta crisis: se registraron aumento de las consultas en departamento de urgencias de salud mental, incluyendo aumento de conductas suicidas y parasuicidas. Más de 140.000 NNyA en Estados Unidos perdieron un cuidador primario y/o secundario durante la pandemia, acarreando un aumento en las tasas de depresión, ansiedad, trauma, soledad y suicidalidad que impactaron significativamente en ellos, sus familias y sus comunidades (AAP, 2021).

En Argentina, en los últimos 20 años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). El intento de suicidio no es delito, es decir no debe hacerse denuncia ante la autoridad judicial ni policial. El intento de suicidio o la autolesión no suspenden el deber de guardar secreto profesional ni los derechos a la privacidad y confidencialidad de las consultas. En el caso de adolescentes, debido a que conforma una vulneración o amenaza grave de derechos, es obligatoria la comunicación a autoridad administrativa de protección de derechos del niño en el ámbito local con el fin de solicitar medidas de protección integral de derechos (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina, 2018). Es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica en donde conste lo actuado: diagnóstico, pronóstico, evolución, evaluación de riesgo y las razones que motivaron la estrategia.

La actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) en su artículo 20 especifica las condiciones para proceder a una internación involuntaria. Se la describe como un recurso terapéutico de carácter excepcional y que sólo se justifica en aquellos

casos en los cuales el equipo interdisciplinario detecte una situación de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros. Se debe presentar un dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación, donde se determine la situación de riesgo cierto e inminente con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. Este dictamen se presenta ante un juez, quien deberá convalidar la internación involuntaria.

Los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991, sobre los cuales está basada la ley N° 26.657, especifica además otra instancia en la cual se podría proceder a una internación involuntaria, en el principio 16. b):

En el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. (Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 1991, pág. 9).

Por otro lado, la ley 17.132 de reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas, hace mención a las internaciones involuntarias por salud mental en el art. 19 en incisos 3 y 5:

Art.19, inc. 3: respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos [...].

inc. 5: promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado síquico o por los trastornos de su

conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros (Ley 17.132, 1967).

Formulación de problema

La pandemia COVID-19 se caracterizó por un aumento en la incidencia de internaciones en salud mental en adolescentes.

Objetivos

Objetivo primario

Presentar la incidencia de las intervenciones de urgencia en salud mental en adolescentes que culminan con indicación de internación, en un prestador de medicina prepaga en Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en periodo comprendido entre 20 de marzo de 2020 y 20 de marzo de 2021 (periodo anual a partir de decreto nacional de cuarentena debida a pandemia COVID-19).

Objetivos secundarios

- Comparar los resultados obtenidos con la incidencia de intervenciones de urgencia en salud mental en adolescentes que culminan con indicación de internación, en un prestador de medicina prepaga del AMBA, en el periodo comprendido entre 20 de marzo 2019 y 19 de marzo de 2020 (periodo anual anterior al decreto de cuarentena obligatoria en Argentina por COVID-19).
- Describir características de la población internada durante la pandemia:
 - Género
 - Edad
 - Motivo de ingreso
 - Primera internación o reingresos.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo.

Criterios de inclusión

- Usuarios entre 10 y 19 años evaluados por dispositivo guardia de un prestador de medicina prepaga en AMBA en el periodo comprendido entre 20 de marzo de 2020 y 20 de marzo de 2021 (el primer año a partir del decreto de ASPO en Argentina por COVID-19).
- Usuarios entre 10 a 19 años evaluados por dispositivo guardia de un prestador de medicina prepaga en AMBA en el periodo comprendido entre 20 de marzo de 2019 y 19 de marzo de 2020 (periodo anual inmediatamente anterior al decreto de ASPO en Argentina por COVID-19).

Unidad de análisis

Usuarios (entre 10 y 19 años que solicitan valoración por dispositivo guardia en prestador de medicina prepaga en AMBA durante periodo comprendido entre 20 de marzo de 2019 y 20 de marzo de 2021).

Fuentes de datos

Libro de guardia de un prestador de medicina prepaga en AMBA. Este prestador cuenta con una cápita estimada de 149.000 afiliados. De ésta, aproximadamente 13.800 corresponden a población pediátrica.

Análisis estadístico

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel obteniéndose los porcentajes y gráficos con los asistentes del programa para esas funciones.

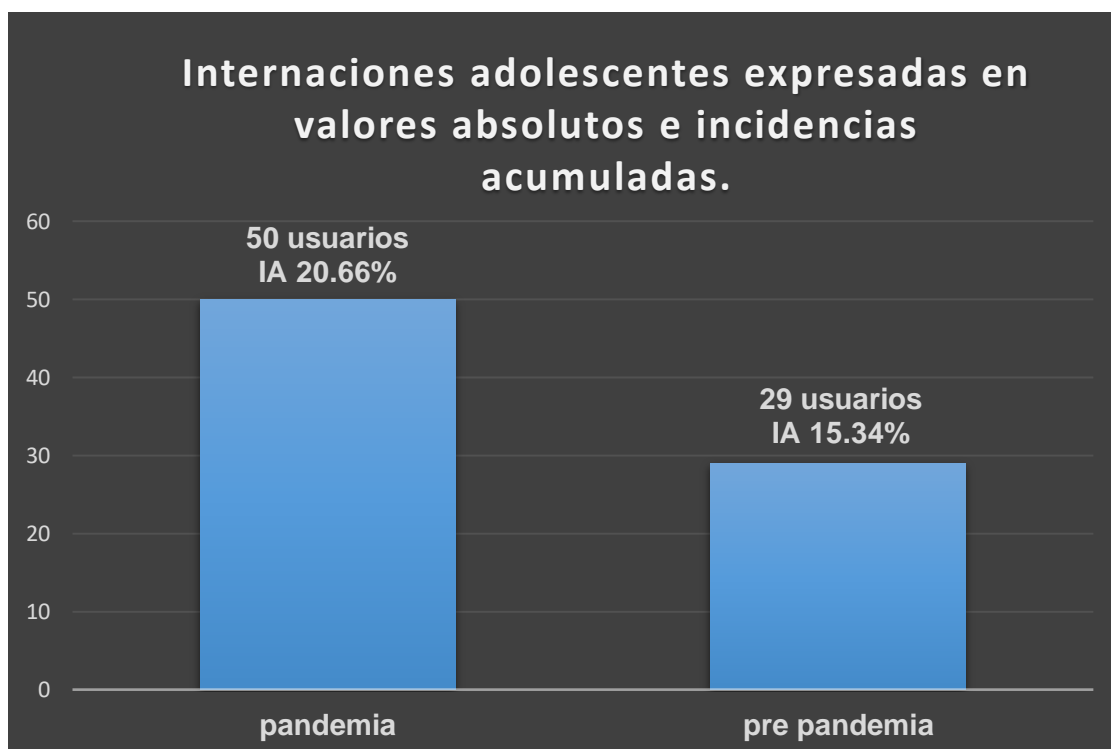
Resultados

Durante el periodo anual a partir de decreto nacional de cuarentena debida a pandemia COVID-19, se internaron 50 adolescentes por motivo de salud mental en un prestador de medicina prepaga en el AMBA. La incidencia acumulada fue del 20.66%.

$$\frac{50 \text{ INDICACIONES DE INTERNACIÓN}}{242 \text{ prestaciones DE URGENCIA EN ADOLESCENTES}} * 100 = 20.66\%$$

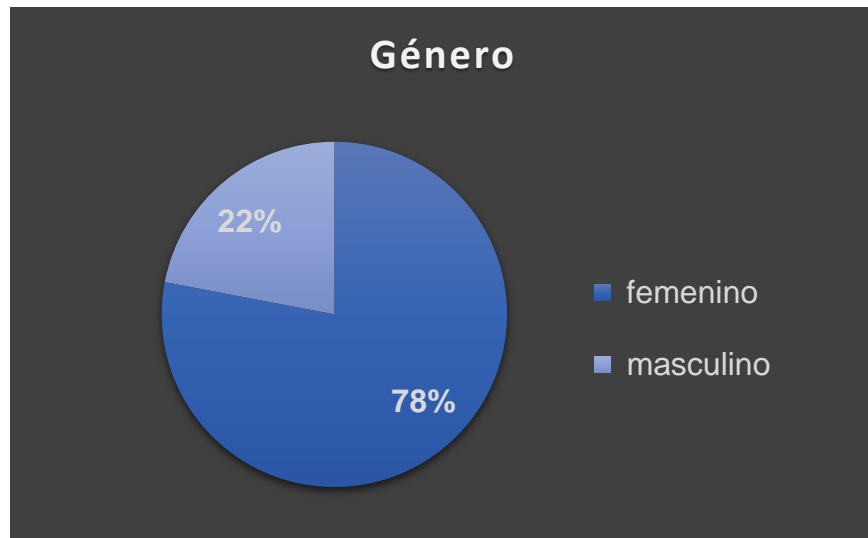
Durante el periodo anual inmediatamente anterior a decreto nacional de cuarentena debida a pandemia COVID-19, se internaron 29 adolescentes por motivo de salud mental en un prestador de medicina prepaga en el AMBA. La incidencia acumulada fue del 12.70%.

$$\frac{29 \text{ INDICACIONES DE INTERNACIÓN}}{189 \text{ prestaciones DE URGENCIA EN ADOLESCENTES}} * 100 = 15.34\%$$



Características de la población:

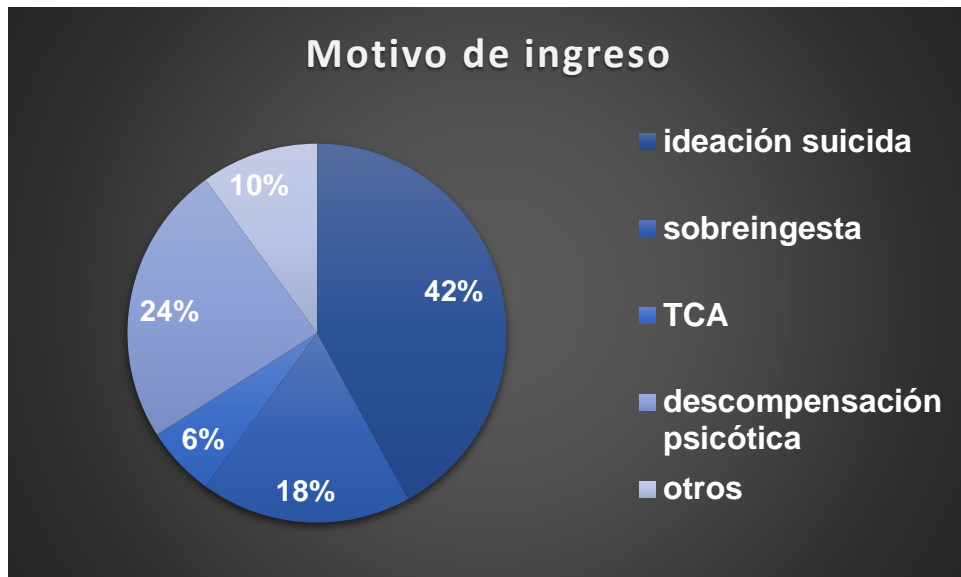
El 78% de la población fue de género femenino, el 22% de género masculino. El 100% de la población se identificó como cisgénero.



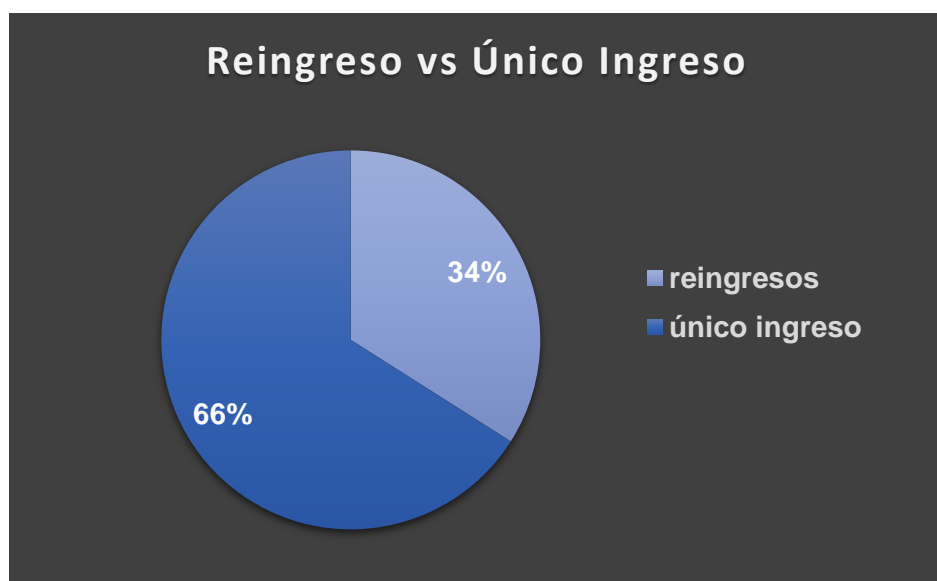
No se registró indicación de internación por salud mental en adolescentes de 10 a 12 años. Se internaron 8 adolescentes de 13 años, 5 adolescentes de 14 años, 8 adolescentes de 15 años, 8 adolescentes de 16 años, 10 adolescentes de 17 años. 8 adolescentes de 18 años y 3 adolescentes de 19 años.



Respecto del motivo de ingreso, el 42% ingresa por ideación suicida, el 18% por sobreingesta, el 6% por trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el 24% ingresa por descompensación psicótica, y el 10% restante por otras causas (excitación psicomotriz, consumo problemático de cocaína, motivo de ingreso no especificado).



En cuanto a comparar la cantidad de ingresos de única vez respecto de la cantidad de reingresos, se obtuvo un 34% de reingresos durante el periodo evaluado, y el 66% restante fueron ingresos por única vez.



Discusión

Para la realización del presente estudio, se obtuvieron datos del área de internación por salud mental de una empresa de medicina prepaga, la cual cuenta con una cápita estimada de 149.000 afiliados en AMBA. De esta, aproximadamente 13.800 corresponden a población pediátrica. A diferencia del sector público, y a semejanza de las Obras Sociales, la empresa de medicina prepaga da cobertura a una población que está delimitada claramente, y está nominada: se sabe quién entra y quién sale del sistema de salud prepago, quién puede recibir la prestación y quién no. En algún punto es una población con movilidad limitada dentro del sistema sanitario, ya que para aquellas personas con padecimiento mental las posibilidades de cambiar de empresa de medicina prepaga son limitadas.

El proveedor de servicios de salud del cual se extrajeron los datos para la presente investigación, cuenta con un servicio tercerizado para internación por motivo de salud mental, tanto para adultos como para NNyA. Dicho servicio se realiza en clínicas privadas especializadas en salud mental, ya que las clínicas generales privadas con las que trabaja esta empresa no cuentan con salas de internación por motivo de salud mental. La población infantojuvenil puede derivarse a un total de 4 alternativas de clínicas especializadas: dos en CABA, una en Quilmes y una en Adrogué. Tanto en Adrogué como en Quilmes y una de las clínicas de CABA, los ingresos de población pediátrica deben realizarse en compañía de un adulto responsable, quien suele ser uno de los padres, aunque en ocasiones pueden ser otros familiares, o acompañantes terapéuticos. La clínica que admite ingreso de población pediátrica sin acompañante habilita esta medida únicamente en pacientes de 16 años o mayores.

Debe considerarse la exigencia de brindar una cobertura precisa, instaurada por la ley del PMO consistente en la obligación de cubrir 30 días por año de internación por causas psiquiátricas, aunque esta cantidad de días suele extenderse en caso de evaluarse necesario.

La población que conforma a los usuarios de la empresa de medicina prepaga consiste en integrantes del segmento de mayor poder adquisitivo de la población general, con una tasa de ocupación laboral significativamente superior. A su vez, cuentan con una red social menos deteriorada que en otros estratos poblacionales, y con un alto porcentaje de afiliados con experiencia previa en el contacto con especialistas de salud mental, a quienes consultaron en forma privada.

Durante la búsqueda bibliográfica para este trabajo se toma conocimiento que existe escasa información publicada en relación a las características epidemiológicas y demográficas de la población internada en salas de salud mental en Argentina. En el año 1992, Gaudio et al., evaluaron a 150 pacientes admitidos entre abril y junio en el Hospital J. T. Borda, hospital psiquiátrico con población prevalentemente masculina, exclusivamente adulta, que pertenece a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Luego, Triskier et al., publicaron un artículo en 2002 en el que especifican registros de egresos ocurridos durante el periodo 1994-1998 en la Unidad de Internación Psiquiátrica de hombres del Servicio de Psicopatología del Hospital General de Agudos "Parmenio Pinero", también de la ciudad de Buenos Aires. En el año 2003, Nemirovsky et al., caracterizaron la población psiquiátrica internada de una empresa de medicina prepaga en la Ciudad de Buenos Aires, focalizando el análisis sobre los tiempos de estadía, los diagnósticos y las re internaciones. Richly et al. recabaron datos de la población de pacientes internados en la sala de Psiquiatría del Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" de la Ciudad de Buenos Aires durante el periodo comprendido entre junio del 2004 y mayo del 2005 y, en el año 2017 realizaron un nuevo estudio comparativo, recopilando los datos epidemiológicos correspondientes a la internación de dicho hospital entre junio de 2012 y mayo de 2013. Por otro lado, en el año 2019, Chebar et al., realizaron un estudio analítico de corte transversal de 350 pacientes internadas desde junio de 2013 hasta diciembre de 2017, con el objeto de determinar las variables clínicas, sociodemográficas, y terapéuticas asociadas a la duración de la internación en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" perteneciente a municipalidad de CABA. Finalmente, Malleza et al. realizaron un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal de 254 pacientes que fueron internados en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2019 inclusive.

Entre los resultados del presente estudio, se obtuvo una incidencia acumulada de internaciones por motivo de salud mental en adolescentes del 20.66% durante el periodo anual a partir del decreto cuarentena en relación a la pandemia de COVID-19. Como era esperado, esto implicó un aumento respecto del periodo anual previo, el cual presentó una incidencia acumulada del 15.34%. También implicó un aumento la cantidad de internaciones en términos absolutos, ya que fueron 50 las indicaciones de internaciones luego de decretada la cuarentena, frente a las 29 que se realizaron antes de la misma. A su vez, se registró un aumento considerable en el total

de prestaciones por salud mental en adolescentes: 242 durante el periodo anual inmediatamente posterior al decreto de cuarentena, respecto de 189 prestaciones durante el año previo. Sin embargo, a través del test de Chi cuadrado se obtuvo una $p=0.2381$; es decir **no hay una diferencia estadísticamente significativa** entre las incidencias de internaciones por motivo de salud mental en población infantojuvenil en el periodo analizado durante 2020 respecto del mismo periodo durante 2019.

Cabe mencionar la dificultad administrativa en efectivizar la indicación de internación por salud mental que existe históricamente en la población infantojuvenil de esta prepaga, debido a la baja disponibilidad de camas en las clínicas privadas (debe considerarse que se requieren 2 camas en sector infantojuvenil, las del menor y su acompañante). Esta dificultad aumentó exponencialmente durante la pandemia debido a las restricciones a libre circulación e ingresos a estas clínicas, por tratarse de instituciones cerradas. Estas restricciones se encontraban sujetas a periodos de aislamiento preventivo de los ingresos que se llevaban a cabo en sectores reducidos y delimitados dentro de las clínicas, lo cual generaba un efecto de cuello de botella con derivaciones pausadas por falta de disponibilidad de camas en sector designado para aislamiento preventivo al ingreso.

En adición esto, las pautas decretadas de restricción a la circulación se tradujeron en restricción de los permisos de salida durante un periodo considerable. Tradicionalmente, los permisos de salida transitorios tienen varias horas a varios días de duración, según criterio profesional, sujeto a características particulares de cada caso, con la finalidad de lograr una reinserción gradual y estable al ambiente donde inicialmente se produce la descompensación.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta el fenómeno de puerta giratoria, un problema que presenta la psiquiatría desde el proceso de desinstitucionalización de los pacientes. Los reingresos hospitalarios son un fenómeno visto en todas las especialidades médicas. En psiquiatría particularmente, involucra características únicas que lo hacen diferente respecto de otras especialidades: se debe considerar la cronicidad y deterioro generado por los trastornos graves de salud mental, y el trasfondo histórico de cómo se ha llevado a cabo el tratamiento de estos trastornos.

Las demoras en efectivizar la indicación de internación en sala de atención de salud mental infanto-juvenil, también se tradujeron en largas esperas en salas de urgencia en sanatorios generales. Esto implicó que los pacientes estuvieran varios días esperando que se llevara a cabo la derivación a centro especializado en salud mental

bajo techo sanitario, conllevando esto a que estuvieran expuestos a pacientes que ingresaban a guardia por otros motivos, y únicamente con seguimiento de psiquiatra de guardia, quien ratificaba o suspendía el pedido de derivación en caso de evaluar que había cesado la situación de riesgo y se pudiera adecuar un dispositivo de tratamiento ambulatorio. Se debe tener en cuenta que aquellos casos en los que se ratificó la indicación de internación, no se contabilizaron como una nueva indicación a incorporar al n de investigación, ya que se trataba del mismo sujeto en que se evaluaba que persistía una situación de riesgo que ameritaba manejo del cuadro con internación. Por otro lado, debe considerarse la escasa posibilidad de adecuar un tratamiento ambulatorio en el marco de la pandemia, durante la cual los hospitales de día cerraron o se realizaban en modalidad virtual, al igual que gran parte de los tratamientos ambulatorios.

En relación a la temática del presente trabajo, en numerosos estudios se han reportado un aumento de tasas de síntomas de salud mental y un aumento en la demanda en servicios de salud mental desde el inicio de la pandemia COVID-19 (Singh et al, 2020; Bojdani E et al, 2020). Un número cada vez mayor de estudios transversales han resaltado el efecto de la pandemia de COVID-19 y las medidas de salud pública asociadas a ésta, en relación a la salud mental de NNyA. Unos pocos estudios han descriptos cambios en las tasas de consultas en departamento de urgencias y hospitalizaciones por salud mental (Rogers AA et al, 2021; Magson NR et al, 2021). Los servicios de urgencia constituyen en forma creciente el primer punto de contacto para jóvenes con problemática de salud mental aguda o emergente, especialmente en jóvenes con conductas autolesivas o problemáticas relacionadas a consumo de sustancias.

Dos estudios, uno sobre 16 departamentos de urgencia en British Columbia (Canadá) en 2020, y otro en un único centro en Estados Unidos en 2021, reportaron un descenso significativo en las consultas de urgencia por salud mental durante los primeros dos meses de la pandemia, en comparación con el mismo periodo el año previo (descenso de 41% y 60%, respectivamente). Similarmente, un estudio retrospectivo de diez países europeos encontró un descenso significativo en el número de consultas de urgencia por salud mental entre marzo y abril 2020 versus 2019 con una proporción menor de NNyA admitidos en unidades de observación (Ougrin D et al., 2021). No obstante, un pequeño número de estudios analizaron las visitas al departamento de

urgencias en Estados Unidos durante todo el periodo 2020, y mostraron un aumento significativo en la proporción de las consultas por salud mental en adolescentes en la segunda mitad del 2020 (Leeb RT et al., 2020; Krass P et al., 2021). Consistentemente con estos hallazgos, un estudio multicéntrico retrospectivo que investigó las consultas al departamento de urgencia en dos hospitales en Montreal, Canadá, durante el periodo comprendido entre el primero de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020, y demostró un descenso inicial en el número de consultas al departamento de urgencias por motivo de salud mental, seguido por un aumento significativo en la proporción de consultas por parte de adolescentes a partir de Julio 2020. A su vez, un estudio llevado a cabo en Canadá concluyó que se registró un aumento significativo de la proporción de consultas al departamento de urgencia por problemática de salud mental en adolescentes durante la segunda mitad del periodo 2021, un periodo durante el cual disminuyó la restricción a la circulación por COVID-19 en Canadá (Chadi et al., 2021). Con respecto a las categorías diagnósticas, no se observó un cambio significativo respecto de las tasas de hospitalización. Algunos estudios reportaron aumento en la proporción de algunos motivos de consulta específicos: trastornos de la conducta alimentaria, suicidalidad (Gilsbach et al., 2022).

En nuestro país, la indicación de internación por salud mental en población infantojuvenil se desprende a partir de la evaluación de un equipo interdisciplinario de las circunstancias particulares en un momento dado. Si bien el resultado final de internación es producto de una indicación de un equipo de salud, dicha indicación guarda un intrincado vínculo con el marco legal vigente según el cual se legitima la internación por salud mental. Actualmente dicha indicación es considerada como una forma de privación de la libertad de una persona, en este caso de un NNyA. Este vínculo entre la indicación de la internación por salud mental con el encuadre legal ha ido evolucionando conforme han surgido cambios, tanto en la legislación de la materia, como en la concepción de la sociedad en torno a los padecimientos mentales y la internación psiquiátrica.

En 1989 la Convención sobre los Derechos del Niño que da nacimiento a una nueva mirada y discurso sobre la infancia, desde los que se edifica un nuevo paradigma: aquel de la protección integral. Este nuevo paradigma pretende sustentar la protección integral que considera a cada NNyA como titular de todos los derechos contenidos en la Convención y las normas derivadas de ella. Sobre la base de algunos principios como

el interés superior, la autonomía progresiva, el derecho a la no discriminación, entre otros, propone crear un nuevo patrón de tratamiento jurídico.

La Convención implicó un giro fundamental en la forma en que se entiende la infancia, la adolescencia y sus derechos. El cambio de paradigma de la protección integral de los derechos de la niñez significa que los NNyA deben ser considerados sujetos plenos de derecho, y que son sus derechos los que merecen una protección especial. A su vez, esta perspectiva implica que deben ser protagonistas de su propia vida y que irán adquiriendo autonomía para la toma de decisiones de acuerdo con su evolución.

La CDN introduce por primera vez en un tratado internacional en materia de derechos humanos el concepto de “evolución de las facultades” del niño a través de su artículo 5, el cual se interrelaciona, a su vez, con el concepto de “participación” contenido en el artículo 12. De este modo, el artículo 12 establece explícita que cuanto mayores son la edad y la capacidad del niño, tanto más atentamente deben ser consideradas sus opiniones. Al respecto, se han identificado cuatro niveles de participación en el proceso de toma de decisiones: 1) ser informado; 2) expresar una opinión informada; 3) lograr que dicha opinión sea tomada en cuenta; 4) ser el principal responsable o corresponsable de la toma de decisiones. El artículo 12 de la CDN prevé que todos los niños capaces de expresar su opinión tienen derecho a participar en los primeros tres niveles. Sin embargo, el artículo no extiende los derechos del niño al cuarto nivel. Es decir, el artículo 12 afirma el derecho del niño a intervenir en el proceso participativo de la toma de decisiones en todos los asuntos que le conciernen, pero los adultos conservan la responsabilidad de las consecuencias. El resultado será una decisión tomada por los adultos, pero informada e influenciada por las opiniones del niño. Esto a su vez se establece sin perjuicio de las medidas que el niño pueda tomar por sí, ya sea en razón de su edad o por haberse comprobado que era competente para determinado acto, según corresponda en virtud del régimen de capacidades progresivas que puedan prever los distintos países, y asumiendo la responsabilidad por tal decisión (Olmo 2014).

Este esquema se advierte claramente en el CCyCN, donde la participación de las personas menores de edad es escalonada: 1) las personas menores de edad ejercen sus derechos a través de sus representantes (arts. 24 inc. b, y 26 parr. 1°); 2) la persona tiene derecho a ser oída en las decisiones sobre su persona, incluso en el marco del proceso judicial, aunque la decisión en definitiva la tome un adulto (art. 26 parr. 3°); 3) a la persona, según pautas de edad y grado de madurez, se le permite el ejercicio por

si de determinados derechos, aunque con la asistencia de sus representantes legales (arts. 26 parr. 2° y 5°); 4) según pautas de edad y grado de madurez, se le reconoce el ejercicio libre de sus derechos (arts. 26 parr. 2° y 6°).

En relación a esto, se prevén dos tipos de sentencias con respecto a las restricciones al ejercicio de la capacidad jurídica (art. 31): de “capacidad restringida” (art. 32 parr. 1°), que es la regla, en cuyo caso se deben especificar los actos que se limitan y la consecuente designación de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica (art. 43), para los casos de personas que padecen una adicción o alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad; y de “incapacidad” (art. 32 parr. 4°), por excepción, con la consecuente designación de curador (arts. 138 a 140), si es que la persona se encuentra absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad.

En el caso de internaciones por salud mental y adicciones de NNyA, deberá brindarse una protección especial a este colectivo de personas, a los efectos de maximizar la protección y asegurar el debido control de las garantías. Además, la ley 26.657 considera involuntarias las internaciones de NNyA, tal como lo establece su artículo 26:

“En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de NNyA, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.”

En un principio, esto generó dudas en la práctica respecto de si este grupo de personas no podía consentir sus propias internaciones, o no. Sin embargo, la ley 26.657 no le quita importancia a ese consentimiento informado, sólo que no le da la suficiente proyección para considerar voluntaria la internación tal como si ocurre para el caso de las personas adultas plenamente capaces. Lo que ha buscado la norma es que estas internaciones se vean rodeadas de todas las garantías del caso: control judicial inmediato y acceso a un defensor, revisiones periódicas, etc.

Ahora bien, mientras que el artículo 26 de la LNSM establece que las internaciones serán consideradas “involuntarias”, por su parte el artículo 26 del CCyCN establece que el adolescente de entre 16 y 18 años es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. Asimismo, el Código unificado regula la materia de internaciones, en cuyo artículo 42 establece requisitos “de mínima”

para la procedencia de las internaciones “no consentidas” por las personas, para lo cual no hace distinciones en razón de la edad del sujeto.

A partir del panorama desarrollado anteriormente, se desprende a simple vista una primera dificultad, y es que la clasificación de las internaciones responde a dos variables parecidas pero diferentes: mientras el CCyCN refiere a internaciones consentidas o no consentidas, la ley especial refiere a las internaciones voluntarias o involuntarias. En rigor, no es lo mismo una internación “involuntaria” (según la ley 26.657) que una internación “no consentida” por la propia persona (según el CCyCN), ya que, por ejemplo, puede haber internaciones consentidas pero que son involuntarias, como ser –justamente– las internaciones de personas menores de edad a pesar de contar con el consentimiento del propio interesado (art. 26 de la ley 26.657).

En segundo lugar, el artículo 26 de la ley LNSM habla de personas menores de edad sin hacer distinciones entre franjas etarias, contrariamente a lo que ocurre con el artículo 26 del CCyCN, según el cual, en lo que aquí interesa, el adolescente que se encuentra en la franja entre los 16 y los 18 años es “considerado como un adulto” para los actos referidos al cuidado del propio cuerpo. Por lo tanto, la duda que se plantea es si un adolescente de 16 o 17 años puede consentir su propia internación y, en caso de que lo haga, si esta debe ser igualmente reputada como “involuntaria” a los fines de la comunicación al juez para su control, o bien se la considera “voluntaria” por asimilar su situación a la de una persona mayor de edad que presta el consentimiento (Olmo, 2017).

La distinción entre voluntaria e involuntaria implica una significativa diferencia: comunicarla o no al juez en forma inmediata para su control judicial con todas las demás garantías que las internaciones involuntarias implican. Se ha planteado, entonces, que las internaciones de personas menores de edad que han otorgado el consentimiento informado son internaciones “consentidas” (según el CCyCN) pero “involuntarias” (según la ley 26.657); de modo que serán controladas judicialmente, aunque mas no sea por aplicación de la legislación especial. Ello así, sin distinción entre franjas etarias. Lo importante para tener en cuenta en este supuesto es que la solución se aplica incluso al caso de adolescentes de entre 16 y 18 años (Caputto y del Olmo, Revista del Ministerio Público de la Defensa, Número 13).

La reforma constitucional de 1994 trajo consigo una serie de cambios fundamentales en el ordenamiento jurídico vigente, en particular con la incorporación del art. 75 inc. 22.: “Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los

tratados y los concordatos tienen jerarquía superior a las leyes” (Constitución de la Nación Argentina, 1994, p. 22).

A partir de ese momento se implementó un nuevo orden simbólico en torno a la protección de los derechos humanos fundamentales, y en relación al presente trabajo, a aquellos que conciernen a NNyA. La doctrina los reconoce como plenos sujetos de derechos, en oposición a la idea del NNyA como “objeto de representación, protección y control de los padres o el Estado”. El resto del ordenamiento jurídico interno consecuentemente se modificó. La ley 26.061 y, en el ámbito local, la ley 114 de CABA fueron marcando el rumbo que culminó con la sanción del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, que entró en vigencia en agosto de 2016. Esto implementó el cambio de paradigma introduciendo el modelo social de discapacidad, y nominando conceptos como el de *capacidad progresiva*.

Así, a través del artículo 26 se otorga a los NNyA mayor autonomía en el ejercicio de sus derechos personalísimos (en particular en lo que hace al cuidado de su propio cuerpo), ampliando su participación en el ejercicio de la responsabilidad parental. Cuando se trata de adolescentes el art. 26 establece que “(...) la persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como participar en las decisiones sobre su persona” (Ley N° 26994, 2014).

Además, se estableció normativamente en nuestro Código Nacional de fondo, el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño:

Art 12: 1.- Los Estados partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, debiéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2.-Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento nacional (Ley N° 23.849, 1990).

Esto implicó que toda resolución judicial o dictamen del Ministerio Público que invoque el “interés superior” no podría prescindir del elemento esencial de esa noción: la opinión del NNYA involucrado en la cuestión. Opinión que debe integrar el debate judicial y la decisión que de él se derive.

La niñez institucionalizada, en cualquiera de sus contextos, se encuentra lejos de la niñez ideal. Cuando esta institucionalización obedece a razones de salud mental, se entiende que a las vulnerabilidades propias de la niñez y del contexto de encierro, se le suma una discapacidad psicosocial, entre otras tantas vulnerabilidades. Entre la jurisprudencia relacionada con la temática se pueden mencionar: la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), observaciones Generales del Comité de la CDN, Opinión Consultiva N°17 CIDH, Ley 26.061, Dto. 415/06, Ley 114, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 27.044) y Observaciones del Comité, Ley 26.657, Dto. 603/13, Ley 448 (C.A.B.A.), Ley 2318 (C.A.B.A.), Ley 26.934 Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos; los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119); la Declaración de Caracas; Principios de Brasilia rectores para el Desarrollo de la atención de la Salud Mental en las Américas; art. 21.12 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley básica de salud de CABA 153/99, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su art. XI, la Declaración Universal de Derechos Humanos en su art. 25, 1), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) art. 4.1 y 5.1, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (art. 1), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (10.3); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 6.1 y 24.1.), Observación General N. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1 y 22, etc. (Revista del Ministerio Público de la Defensa, Número 13).

Hablar de internaciones por salud mental de NNYA es hablar de internaciones involuntarias. En efecto, en orden a lo expresamente previsto por el art. 26 de la LNSM, todas las internaciones de NNYA son involuntarias. La ley habría tenido la intención de brindar mayores garantías y especial protección a los NNYA. Sobre el carácter de esta internación se ha señalado que “en la internación de un niño o joven por padecimientos

psíquicos se debe tener presente el carácter involuntario que siempre tiene la internación” (Iglesias, María Graciela. 2015).

[...] esto no quiere decir que se desconoce la posibilidad de un niño de expresar su voluntad, o eventualmente de prestar consentimiento informado para determinado tratamiento, sino que lo que se ha decidido es imponer al efector sanitario el aviso obligatorio del caso a la autoridad jurisdiccional, para que tome los recaudos necesarios para constatar la inexistencia de abusos (Acceso a la Justicia de Niñas, Niños y Adolescentes Estrategias y Buenas Prácticas de la Defensa Pública, págs. 191-202).

Alfredo Kraut y Agustina Palacios en un Código Civil y Nacional Comentado del año 2014, sostienen que la incorporación del art. 26 del nuevo Código Civil no implicó una modificación en el carácter de la internación, ni aún para aquellos jóvenes mayores de 16 años. Afirman que debe existir una interpretación armónica de este articulado con el resto del ordenamiento jurídico, en especial el art. 26 de la LNSM en la que prioriza el plus de protección correspondiente a los menores de edad, ampliamente reconocido en el derecho internacional. Sostienen que reconocer la capacidad progresiva del NNyA conforme el art. 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en modo alguno implica desconocer

“[...] la necesidad que tienen, al mismo tiempo, de recibir protección en función de su relativa inmadurez y menor edad. Este concepto constituye base de un apropiado respeto de la conducta independiente de los niños, sin exponerlos prematuramente a las plenas responsabilidades normalmente asociadas con la edad adulta” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , 2005, pág. 19).

En adición a esto, la Convención Interamericana de Derechos Humanos sostiene que:

“El derecho a ejercer niveles cada vez mayores de autonomía y de responsabilidad en la toma de decisiones por parte de los NNyA, no anula las obligaciones que incumben a los Estados de garantizar su protección. Debe por tanto asegurarse un equilibrio adecuado entre el respeto al desarrollo evolutivo de los adolescentes y unos niveles de protección adecuados”. (Convención Interamericana de Derechos Humanos, 2017, Pág. 138, parr. 346).

Siguiendo esta línea de pensamiento, actualmente se aplica el art. 41 del Código Civil y Comercial de la Nación a todas las internaciones de los NNyA:

Internación. La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede sólo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta Sección. En particular:

- a) Debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 37, que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad;
- b) Sólo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros;
- c) Es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente;
- d) Debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica;
- e) La sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión.

Toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones (art. 41, ley 26.994, octubre 7 de 2014).

De hecho, los 24 juzgados civiles nacionales con competencia exclusiva y excluyente en familia sostienen la involuntariedad de las internaciones por salud mental de los NNyA. No obstante, en el nuevo CCyCN se presentan resoluciones en contrario. La duda surge entonces en relación al carácter involuntario de la internación.

El derecho al consentimiento informado es parte integrante del derecho a la salud, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, por lo que la internación involuntaria no exime de consentimiento informado. En relación a esto, la reglamentación del art. 26 de la LNSM, decreto 603/13, dispone que en las internaciones de NNyA se debe:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,
- b) Recabar su opinión,
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,
- d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado. Asimismo, deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso (decreto 603/13. Ley N° 26.657, 28/5/2013).

Es que el usuario menor de edad es sujeto activo de consentimiento, por lo cual debe proporcionársele la información clara y precisa, apropiada y accesible, en una forma y en un lenguaje que este entienda, por el personal médico acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento aconsejado, alternativas posibles, riesgos y beneficios esperados, y consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento (art. 5 de la ley 26.529).

El consentimiento informado se trata de un procedimiento de autonomía inclusivo que implica que, si el usuario puede comprender el acto médico y sus consecuencias sobre la vida y la salud, la expresión de su voluntad debe ser especialmente tenida en

cuenta, puesto que su opinión debe ser escuchada (art. 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño). Recientemente, la Corte IDH ha señalado que:

[...] no es posible una aplicación correcta del interés superior del niño sin respetar su derecho a ser oído, el cual abarca el derecho de cada niño de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan y el subsiguiente derecho de que esas opiniones se tengan debidamente en cuenta, en función de la edad y madurez. (Corte IDH, sentencia 9 de marzo de 2018, Serie C No. 351. Párr. 171).

Por otro lado, en la práctica en general, el consentimiento informado que obra en la historia clínica no se encuentra integrado por la voluntad del niño/a y/o adolescentes. Sin embargo, si pudiera realizarlo posteriormente, el consentimiento informado deberá ser integrado en una instancia posterior. Es que el proceso de consentimiento informado debe ser continuo a lo largo del tratamiento.

En relación a la temática, se procede a presentar los resultados obtenidos por el presente trabajo en relación a las edades en las cuales se indicaba internación por salud mental. No se registraron internaciones por salud mental en adolescentes de 10 a 12 años. Se internaron 8 adolescentes de 13 años, 5 adolescentes de 14 años, 8 adolescentes de 15 años, 8 adolescentes de 16 años, 10 adolescentes de 17 años. 8 adolescentes de 18 años y 3 adolescentes de 19 años. Estos datos no han podido compararse con estadísticas nacionales, ya que no se han encontrado dichas cifras. Zillkis et al realizaron un estudio retrospectivo en el año 2011 en relación a admisiones de adultos y de NNyA en un hospital de Grecia especializado en salud mental. De las 25 camas disponibles, 5 estaban reservadas para adolescentes, 86.5% de los cuales tenían edades de 16 en adelante. Esto era una unidad especializada.

En Argentina se ha descrito gran cantidad de información estadística en relación a la temática del suicidio. Con respecto a esto, se ha registrado un aumento del suicidio consumado en adolescentes durante el último periodo. Altieri (2007) describe un aumento de la mortalidad por suicidio, tomando el rango etario entre 15 y 29 años. Señala que mientras que en 2000-2004, el 32% de las muertes por suicidio correspondió a adolescentes y jóvenes entre 15-29 años, esta proporción alcanzaba el 19% veinticinco años antes. Esto se debió al incremento del 228% en los suicidios de varones y del 56% en mujeres. Los trastornos por salud mental incluyendo trastorno de la

conducta, ansiedad y depresión están dentro de las primeras causas de morbilidad en adolescentes de ambos sexos y en todo el rango de edades.

Pensar en términos de prevención del suicidio es una tarea compleja y multidimensional. Metodológicamente la vigilancia de la salud mental es similar a la de otras enfermedades crónicas: se basa en el acceso y análisis de amplias fuentes de información, que incluyen encuestas poblacionales ad hoc, registros, informes científicos de validez externa aplicable a la población, vigilancia centinela, informes de enfermos, redes sociales, etc. Persiste una cierta indefinición acerca de la delimitación de las tareas de vigilancia respecto de investigación.

En relación a los puntos de apoyo básicos, se fomenta la creación de modelos integrados basados en servicios de salud mental (al nivel más adecuado de especialización), pero también en atención primaria. Siguiendo esta lógica, las prioridades de vigilancia epidemiológica deberían ser: depresión, suicidio, adicciones, primeros episodios psicóticos; y paciente crónico complejo (pacientes graves y muy demandantes de atención, incluyéndose el espectro autista, trastornos de la conducta en adolescentes, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, etc). La focalización en patologías concretas parece ser esencial (Cuesta et al., 2016).

En ningún país del mundo existe una recolección sistemática de datos a nivel nacional en relación a resultados de servicios en salud mental de NNyA. La información epidemiológica actual de la OMS a nivel mundial sugiere que la prevalencia de trastornos mentales en NNyA es del 20%. De este 20% se reconoce que del 4% al 6% necesitan intervención clínica por un trastorno mental significativo (OMS, 2001). Kessler et al (2005) reportaron que la mitad de los trastornos de salud mental de evolución crónica inician en edad aproximada de 14 años, y que en ninguna parte del mundo se ha documentado que los servicios de salud mental de NNyA den abasto con la demanda que presentan.

En países de altos ingresos, se evaluó que la necesidad de intervención de servicios de salud mental en NNyA es del 5 al 20% de la población. Esto es similar a la demanda en países de bajos ingresos.

No hay suficiente información para describir apropiadamente los actuales sistemas sanitarios de salud mental para NNyA en Latinoamérica. La situación es distinta de un país a otro. Hay excelentes servicios en algunos centros académicos y clínicas y hospitales. Es muy frecuente que no haya servicios por fuera de las grandes áreas urbanas. De acuerdo con las guías de la OMS, al menos 2 psiquiatras

especialistas en población infantojuvenil deberían trabajar jornada completa por cada 60.000 niños. Latinoamérica no alcanza este requisito, y en algunos casos esto se debe a la mala distribución de los recursos. Se identificó un déficit de servicios de salud mental de los cuales el 26% no cuentan con servicios básicos de atención para NNyA (Rohde LA et al., 2004). Dentro de lo esperable, se reportó falta de disponibilidad de camas para tratamiento por salud mental de NNyA tanto en hospitales generales como en instituciones monovalentes para adultos.

Las barreras de acceso al sistema sanitario de salud mental para NNyA se encuentran en todos los países, y en todos los niveles. En 2003, en una conferencia de la OMS sobre Cuidado de Niños con Desórdenes Mentales identificó estas barreras de acceso. Las más importantes incluyen transporte, déficit de recurso financiero, y estigma, entre otros. Sobrepasar estas barreras es esencial para poder proveer servicios adecuados. Incluso cuando existe la disponibilidad de servicios de salud mental para NNyA, las barreras pueden impedir que accedan al mismo, o lo hacen con excesiva demora (OMS, Atlas: child and adolescent mental health resources, 2005). En países de altos ingresos la barrera más significativa ha sido el estigma: 80% respecto de 37.5% en países de bajos ingresos, en donde la principal barrera de acceso se relaciona con el transporte y falta de recursos. El estigma se identificó como una barrera en el 68.1% de los países (OMS, 2003).

- Pocos programas nacionales han sido desarrollados haciendo énfasis en tratamientos de salud mental en NNyA, y estos han sido en su mayoría en países desarrollados.
- La información pública en relación a problemática de salud mental en NNyA es rezagada en relación a otras problemáticas de salud en todos los países, excepto los de mayores ingresos.
- Otra dificultad subyace en los proveedores de tratamiento de salud mental en NNyA. La cantidad y el tipo de servicios ofrecido son inadecuados para llevar adelante la demanda necesaria en casi todos los países, exceptuando unos pocos países de altos ingresos (OMS, Atlas: child and adolescent mental health resources, 2005).

En 1999 una encuesta en la región europea demostró la presencia de psiquiatra infantojuvenil en un rango de 1 por 5.300 a 1 por 51.800 (Remschmidt H et al., 1999).

- Mientras que personal de enfermería especializado en salud mental se identificó como un recurso en todo el mundo, la especialización en enfermería para trabajar con NNyA, se identificó en solo 25 de los 66 países. En la mayoría de esos países, menos del 30% del personal de enfermería se entrenó para trabajar con esta población en 12 de 66 países sólo el 5% recibía esa capacitación.
- La brecha en formación especializada y las necesidades de la población es alarmante, con $\frac{1}{2}$ y $\frac{2}{3}$ de las necesidades no siendo abastecidas en países de ingresos bajos y medios (OMS, Atlas: child and adolescent mental health resources, 2005).

Retomando la estadística en nuestro país, se cuenta con información en relación a la temática del suicidio, en la cual se observan importantes diferencias de mortalidad según género en adolescentes de 10 a 19 años en el período 2014-2016. Mientras los varones presentan una tasa de mortalidad por suicidio de más de 8 cada 100.000 adolescentes, en el caso de las mujeres la tasa llega a 3,32 muertes cada 100.000 adolescentes. Aunque la mortalidad de las mujeres en estas edades es menor, el peso del suicidio en la mortalidad femenina es importante. Resulta significativo el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes, siendo los varones quienes contribuyen principalmente a dicho aumento. En promedio, son las mujeres quienes cometen más intentos mientras que los varones lo consuman en mayor medida. Actualmente, es la 2ª causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina; 2018).

La mortalidad por suicidio en adolescentes en Argentina tuvo un importante aumento en el período de la crisis del 2001 (Basile H, 2015). Los datos en los certificados de defunción en la Argentina únicamente incluyen información acerca del nivel educativo, por lo que sólo se ha podido indagar esta variable como indicador de nivel socioeconómico. Del análisis de esos datos para el período 2009-2011, surge que los adolescentes varones con menor nivel educativo tienen aproximadamente tres veces

más posibilidades de cometer un suicidio que los adolescentes varones con un nivel educativo de secundaria completa o más. En el caso de las mujeres adolescentes con nivel educativo hasta primario completo, tienen aproximadamente 1.7 más posibilidades de cometer suicidio que sus pares con un mayor nivel educativo. Se describe un incremento para el último período del que se dispone de datos (2014-2016). Cuando se analiza la tendencia a más largo plazo (comparación del período 1990 con el período 2016) se observa un importante incremento de este tipo de mortalidad (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina; 2018).

De acuerdo a los hallazgos del presente trabajo en relación a internaciones por salud mental, el 78% de la población fue de género femenino, el 22% de género masculino, lo cual se relaciona con lo expuesto anteriormente en relación que son las mujeres quienes cometen más intentos de suicidio, mientras que los varones lo consuman en mayor medida.

Respecto del motivo de admisión a salas de internación por salud mental evaluado en el presente trabajo, el 42% ingresa por ideación suicida, el 18% por sobreingesta, el 6% por trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el 24% ingresa por descompensación psicótica, y el 10% restante por otras causas (excitación psicomotriz, consumo problemático de cocaína, motivo de ingreso no especificado). Estos resultados se asemejan a los obtenidos a partir de un estudio hecho por Patil et al en 2013, en el que se examinaron las características, presentaciones y resultados de adolescentes que requirieron ingresos involuntarios en un periodo de 3 años en Londres, y demostraron que la mayoría (82%) habían ingresado por amenaza o potencial conducta autolesiva.

La determinación de la necesidad de internación por salud mental en adolescentes resulta a partir de la evaluación de una situación de riesgo. Esto implica que se considera indicar una internación en:

- personas que puede categorizarse como en alto riesgo: necesidades complejas y severas que no podían ser manejadas en la comunidad o en el núcleo familiar con los recursos presentes.
- cuando la persona joven presenta necesidades severas y complejas que conducen a una disfunción significativa y/o un riesgo que no podía ser manejado adecuadamente en la comunidad. Es decir, la naturaleza de los problemas es tal que no podía ser manejada en un ambiente menos restrictivo, o en su ambiente hogareño o comunitario, o cuando la

intensidad del tratamiento implica que no podía ser provisto en la comunidad o en casa.

No hay un consenso internacional en relación al conjunto de signos y síntomas que son determinantes para la evaluación de riesgo ante determinada situación. Hay poca evidencia en relación a qué comportamiento o complejo sintomático constituyen un indicador de criterio de admisión a sala, más allá del diagnóstico que pueda atribuirse al ingreso. Particularmente, el umbral de severidad de riesgo o de necesidad de internación, no se encuentra tipificado en la literatura clínica. Es difícil entonces predecir cuál diagnóstico implica un ingreso, porque además del impacto en la funcionalidad debe considerarse el riesgo en el contexto de los recursos familiares o comunitarios, que resultan ser determinantes a la hora de definir si un NNyA requiere una admisión. N Evans et al intentan establecer líneas generales para definir riesgo a partir de:

- Pensamientos o conductas suicidas.
- Riesgo de autolesiones serias.
- Riesgo para la salud física, por ejemplo, malnutrición que está por encima de la habilidad de manejo en la familia o en la comunidad.
- Riesgo de daño a otros.
- Otras dificultades a tener en cuenta a la hora de hacer una evaluación del riesgo incluyen:
 - Problemáticas familiares, que podían incluir desde maltrato, abuso o negligencia, hasta dificultades de la familia de sobrellevar la problemática del NNyA, ya sea por sus propias dificultades personales o por inhabilidad para manejar situaciones de urgencia.
 - Sistema sanitario ambulatorio insuficiente a las necesidades de NNyA.
 - Dificultades en el diagnóstico y en establecer un abordaje apropiado, sobre todo en cuadros clínicamente inestables y fluctuantes (N. Evans et al,2019).

En relación al principal motivo de ingreso detectado en el presente trabajo, la ideación suicida, el suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “El acto deliberado de quitarse la vida”. Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser más frecuentes que en la población adulta, y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción más habitual en esta franja etaria respecto de los adultos; la gravedad reside entonces en la persistencia y/o estabilidad temporal de la ideación (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina; 2018).

Diversas investigaciones se han ocupado de averiguar los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida, identificando, entre ellos, la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso. Bonaldi en 1998 sitúa dichas problemáticas en función de los cambios propios de esta etapa evolutiva, o como el efecto de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes (Bonaldi, P., 1998).

El término suicidalidad (Silverman, 2006) refiere a la ideación suicida, las tentativas de suicidio y la muerte por suicidio. Los estudios empíricos publicados en los últimos 20 años dan cuenta de la relación entre los factores sociales y la suicidalidad adolescente, visibilizando el lugar central de las variables sociales en relación a esta temática: integración social, percepciones acerca del apoyo familiar y por parte de los pares, maltrato, abuso sexual y descuido infantil, y victimización por parte de pares.

El modelo que estudia la suicidalidad en adolescentes más difundido en la epidemiología es aquel que identifica factores de riesgo en torno a un posible daño. La totalidad de los autores acuerda vincular los fenómenos del suicidio con un modelo plurifactorial que implica a la vez factores socio-culturales, ambientales y psicopatológicos. Estos diferentes factores interactúan entre sí, pudiendo distinguirlos factores predisponentes o de vulnerabilidad, factores precipitantes y factores protectores (UNICEF, 2019).

Los factores precipitantes, especialmente entre adolescentes y jóvenes, han sido descritos como vinculados con conflictos interpersonales con personas clave, ligados a sentimientos de rechazo y humillación. Estas situaciones podrían ser predictivas de riesgo de fenómenos de suicidalidad. La epidemiología hace hincapié en los acontecimientos vitales (life events), definidos como cambios que implican una discontinuidad en la vida de una persona, que pueden llevar a situaciones problemáticas.

Los factores de riesgo que han sido explorados con mayor frecuencia en la bibliografía consultada son:

- a. El género (Blumenthal, 1996; Gilligan, 2004; Kutler y otros, 1999).
- b. La autoexigencia, exigencia parental y/o fracasos en logros esperados (Casullo y otros, 2000; Rhoteram-Borus y otros, 1990; Williams y Pollock, 2000).
- c. Los factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos (Bille-Brahe y Schmidtke, 1995; Martínez, 2017).
- d. Los factores socioeconómicos y culturales, como la falta de expectativas laborales y de estudio (Bonaldi, 2000; Martínez, 2017; UNICEF, 2012).
- e. Las perturbaciones en la vida familiar (Lindqvist *et al.*, 2008; Prinstein *et al.*, 2000).
- f. El abuso sexual (Daray, 2016; Logan, 2009; Pérez Prada *et al.*, 2017; Salzinger y otros, 2007; Ystgaard y otros, 2004).
- g. La orientación sexual (D'Augelli y otros, 2005; Marshall y otros, 2015; Ryan y otros, 2009).
- h. El suicidio imitativo (Biddle y otros, 2008; Dunlop y otros, 2011; Gould, 2001; Guerriero, 2005; Martínez, 2017).
- i. El consumo de alcohol y otras sustancias (Aseltine y otros, 2009; Bailador y otros, 1997; Jiménez y otros, 2005).

j. El hostigamiento o acoso escolar (*bullying*) como acontecimiento vital humillante y el *ciberbullying* (Arango y otros, 2016; Bottino *et al.*, 2015; Gilligan, 2004; Görzig, 2016; Valadez y otros, 2011).

La Ley N.º 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio, sancionada en 2015, tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, mediante la prevención, la asistencia y la posvención, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida para evitar nuevos eventos. Está pendiente de aprobación su reglamentación. La norma declara de interés nacional “la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio”. Esta norma agrega que, en el caso de intento de suicidio de NNyA, “es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local (Ley 27130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Abril 6 de 2015). En ese sentido, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 (PNSM), aprobado por Resolución Ministerial 2.177/2013, prevé la capacitación continua en el tema de suicidio de profesionales y trabajadores de salud mental, además de otros actores sociales relevantes, entre ellos docentes, educadores y comunicadores populares, así como también el personal de las fuerzas de seguridad (Resolución 2177/2013).

La Dirección Nacional de Salud Mental impulsó además la creación y/o fortalecimiento de áreas de Epidemiología en Salud Mental y Adicciones en las provincias. El objetivo fue la implementación de un sistema de información que cuente con datos actualizados y permanentes acerca de las principales problemáticas de salud mental y adicciones en todo el país. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), junto con el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), elaboraron los “Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes” (2012) destinados a equipos de guardia del segundo nivel de atención y, junto con el área de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación, la guía “Comunicación responsable: recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios” (2013), que cuenta con un capítulo dedicado a cómo hablar del suicidio en los medios. El Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia, junto a los referentes provinciales de Salud Integral en la Adolescencia y

con la cooperación técnica de OPS, elaboró y publicó un paquete de herramientas para la sistematización del circuito de información (detección, registro y análisis), así como lineamientos generales para el circuito de intervención integral (prevención, atención, seguimiento y posvención) en la morbi-mortalidad adolescente por causas externas, entre las que figura el suicidio. Finalmente, en el marco de la Comisión Nacional Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CONISMA) se ha conformado una mesa de trabajo intersectorial con eje en el abordaje comunitario de la problemática del suicidio (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina; 2018).

En la Argentina, el suicidio constituye la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años. En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9. Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país (Ministerio de Salud, 2017).

Muchos de los factores de riesgo descritos en la literatura se basan en análisis de casos clínicos individuales, que al ser extendidos a nivel poblacional caen en generalizaciones apresuradas (Almeida Filho et al., 2009). La reconstrucción de las experiencias sociales de los relatos en torno a los procesos de suicidalidad da cuenta que no son sólo puntos de quiebre de las trayectorias biográficas, sino más bien son instancias donde quedan expuestas las posibilidades de elección y movilización de los recursos y soportes al alcance de los adolescentes. Por otro lado, se debe considerar aquellos hechos puntuales que funcionan como desencadenantes en determinadas circunstancias. En este sentido, determinados acontecimientos significativos pueden generar una crisis que se desarrollan en un muy corto plazo, incluso horas, mientras que otros acontecimientos pueden marcar las experiencias vitales de adolescentes condicionando su futuro, hechos traumáticos difíciles de resolver (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina; 2018).

En el presente trabajo se pretendió comparar la cantidad de ingresos de única vez respecto de la cantidad de reingresos, obteniéndose un 34% de reingresos durante el transcurso anual evaluado (marzo 2020 a marzo 2021), y el 66% restante fueron ingresos por única vez. Se puede concluir entonces que más de la mitad constituyen ingresos de única vez. Los departamentos de urgencia juegan un papel crítico en el manejo de crisis, y en general funciona como puerta de acceso para aquellos usuarios que requieren una admisión hospitalaria para la atención por salud mental. No obstante,

los departamentos de urgencia no son el ambiente ideal para que los jóvenes se enfrenten al sistema de salud mental por primera vez, dado que las prestaciones de urgencia en salud mental en población infantojuvenil se asocian estadísticamente con peores resultados de tratamientos, incluyendo más cantidad de presentaciones severas, mayor tiempo de duración de enfermedad no tratada, y un mayor riesgo de ser usuario frecuente del sistema de urgencias (Anderson KK et al, 2013). El uso del departamento de urgencias como primer punto de contacto con el sistema sanitario de salud mental es en la actualidad una medida de desempeño del sistema sanitario, dado que el departamento de urgencia sólo debería ser el punto de acceso al sistema si este no estuviera funcionando adecuadamente. Este indicador refleja factores que contribuyen a cómo, cuándo, dónde y quién recibe la atención sanitaria en salud mental. Puede señalar un sub diagnóstico de psicopatología antes de presentarse la situación de riesgo, falta de acceso a tiempos adecuados de diagnóstico y tratamiento, estigma, pobre acceso a atención primaria y diferencias culturales en relación a la expectativa del sistema de salud mental, o de la enfermedad (Gill JP et al, 2017). Todos estos factores se traducen en pobre acceso a cuidado, caracterizado por altas tasas de visitas al departamento de urgencia por motivos de salud mental sin antecedentes de tratamiento previo.

Con respecto a los reingresos, si bien en la literatura se ha descripto dimensiones relacionadas con los motivos por los cuales se producen los reingresos hospitalarios, no se ha llegado a un consenso sobre una determinante, de cualquier tipo, que influya de forma importante a este fenómeno. Se debe tener en cuenta las dimensiones clínica, individual y ambiental. En psiquiatría se ha descripto el fenómeno de puerta giratoria, a partir del proceso de desinstitucionalización del paciente. La definición operacional varía según el autor y el momento en que se describe el fenómeno. En la literatura se han encontrado definiciones tales como 5 o más ingresos en un periodo de 2 años, 3 o más en un periodo de 12 meses, o 3 hospitalizaciones en 24 meses (Di Lorenzo et al., 2016; Menculini, G et al., 2020; Voineskos, G et al., 1978). Se encontraron como factores asociados al fenómeno de puerta giratoria los internamientos más cortos, menos camas hospitalarias disponibles y la tendencia a buscar manejo ambulatorio por parte del sistema de salud (Jeppensen, R. M. et al., 2016). Hasta el 40% de las readmisiones ocurren en los primeros 30 días de egreso hospitalario según un reporte de readmisiones recurrentes en hospital psiquiátrico (Elhassan, N.M. et al., 2020).

Desde el inicio de la pandemia, los proveedores de servicios de salud mental han tratado de mitigar la discontinuación de los servicios, sosteniéndose en servicios de telemedicina cuando la cuarentena fue decretada. Iniciativas basadas en la comunidad en general son las más veloces en adaptarse, encontrando formas innovadoras de proveer apoyo psicosocial, incluyendo telemedicina y apoyo informal. Organizaciones internacionales también han provisto guías, herramientas y recursos para sostener al público en general y a programas de salud pública (University of Oxford, 2020).

La salud mental de NNyA es una prioridad internacional, con un 10-20% teniendo trastornos por salud mental, siendo un área de preocupación. Aquellos NNyA con las mayores necesidades son generalmente asistidos en hospitales, existiendo una alta demanda de disponibilidad de estas camas, dificultad que se añade a la falta de consenso en relación al criterio de admisión a estas unidades. Adolescentes con alto riesgo pueden ser admitidos en marco de urgencias. La falta de estándares internacionales y protocolos en relación a falta de disponibilidad de camas, implica en criterios de admisión más estrictos y planes de tratamiento efectivos al dar altas. A su vez, hay falta de consenso en relación al criterio de externación (UNICEF, 2019).

La organización mundial de salud recomienda integrar la salud mental y apoyo psicosocial con todos los aspectos para preparar y responder ante una emergencia sanitaria. Para disminuir el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental, la Organización Mundial de Salud recomienda que los países:

- Apliquen un enfoque comunitario para promover, proteger y cuidar a la salud mental, incluyendo protección social y financiera para salvaguardar a las personas del empobrecimiento y de la violencia doméstica, e informando ampliamente acerca de las fake news de COVID-19 y promover salud mental
- Garanticen una gran disponibilidad de apoyo psicosocial y de asistencia en salud mental, incluyendo acceso a autoayuda y apoyando las iniciativas comunitarias.
- Apoyen la recuperación de COVID-19 construyendo servicios de salud mental para el futuro

La pandemia COVID-19, como otras crisis en curso, ha hecho que el fortalecimiento del sistema de salud mental sea un asunto urgente en todo el mundo. “el impacto del COVID-19 en la salud mental no puede ser subestimado” (OMS, 2022).

Incluso antes de la pandemia COVID-19, a nivel mundial sólo una pequeña proporción de los usuarios con requerimiento de atención por salud mental podía acceder económicamente a una atención eficiente. Por ejemplo, el 71% de las personas

con psicosis a nivel mundial no acceden a servicios de salud mental. Sólo el 12% de las personas con psicosis reciben tratamiento en países de bajos ingresos. Para la depresión, las brechas en accesibilidad son notable en todos los países: incluso en los países de altos ingresos, sólo un tercio de las personas con depresión reciben tratamiento formal y tratamiento mínimamente adecuados para depresión (OMS, 2022).

Las estrategias propuestas por el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030 de la OMS para enfrentar la problemática de salud mental en NNyA incluyen:

- Proveer intervenciones tempranas para niños y adolescentes con problemática de salud mental a través de políticas de salud centradas en la familia y un sistema sanitario que responda a NNyA en un nivel de atención primaria, en las escuelas y en la comunidad.
- Fortalecer el conocimiento y las herramientas de trabajadores de salud generales y especializados para proveer servicios de salud y asistencia social basados en la evidencia, culturalmente apropiados y orientados en perspectiva de derechos humanos para NNyA. Esto implica introducir la salud mental en la curricula de pregrado y posgrado, y a través de entrenamiento de los trabajadores de salud en la comunidad, particularmente en ambientes no especializados, para identificar y ofrecer tratamiento y apoyo a las personas con desórdenes mentales, así como también ofrecer derivaciones a otros niveles de atención cuando la situación lo requiera.
- Desarrollar programas de prevención y promoción universales y específicos dirigidos a población escolar, incluyendo programas de herramientas socioemocionales, programas de lucha contra bullying y violencia, programas de lucha contra el estigma y la discriminación de personas con padecimiento mental y dishabilidades psicosociales, aumentando la concientización de los beneficios de un estilo de vida saludable y los riesgos del consumo de sustancias y programas de detección e intervención temprana para niños y adolescentes con problemas de conducta, emocionales, o del neurodesarrollo.
- Implementar programas universales y específicos dirigidos a población escolar de aprendizaje socioemocional y otras intervenciones para apoyar a los adolescentes en sus estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas.

- Promover iniciativas en el trabajo, en la escuela y en la comunidad para prevención suicida que se adapte a los grupos de riesgo incluyendo adolescentes y adultos mayores (OMS, 2022).

A su vez, el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030 de la OMS hace recomendaciones de estrategias de acción, que se agrupan en 3 líneas de transformación que se centran en cambiar la actitud de la población general hacia salud mental, enfocándose en los riesgos de la salud mental y fortaleciendo sistemas de cuidado de salud mental. Estos son:

1. Profundizar el valor y el compromiso que le damos a la salud mental.
Esto implica mayor inversión en programas de fortalecimiento de salud mental, con compromiso de liderazgo, enfocándose en políticas y prácticas basadas en la evidencia, y en el establecimiento de sistemas robustos de información y monitoreo. También implica incluir a las personas con padecimiento mental en todos los aspectos de la sociedad y de la toma de decisiones para sobrepasar el estigma y la discriminación, reducir la inequidad y promover justicia social.
2. Reestructurar ambientes que influyen en la salud mental, incluyendo hogares, comunidades, escuelas, ambientes laborales, servicios de salud mental, servicios ambientales. Esto implica intensificar el compromiso en los diferentes sectores, incluyendo comprender los determinantes sociales y estructurales de salud mental, e interviniendo de modo tal que se reduzca el riesgo, aumente la resiliencia y dismantelen las barreras de acceso y participación ciudadana de las personas con padecimiento mental.

La implementación de estrategias concretas para mejorar el ambiente de salud mental como accionar en contra de la violencia y el abuso doméstico y la negligencia de NNyA y del adulto mayor, facilitar cuidado amoroso para el desarrollo temprano de niños y niñas, facilitando apoyo en todo el proceso vital de personas con padecimiento mental, introducir programas de enseñanza social y emocional, mientras se lucha contra el bullying en escuelas, cambiando actitudes y fortaleciendo los derechos en atención sanitaria de salud mental, aumentando el acceso a espacios verdes, y penalizando pesticidas altamente peligrosos que se han asociado con un quinto de los suicidios a nivel mundial.

3. Fortalecer el sistema de salud mental a través del cambio del dónde, cuándo y quién provee y recibe asistencia sanitaria en salud mental. Crear redes basadas en la comunidad en las que se interconecten los servicios que se aparten del

cuidado custodial de los hospitales neuropsiquiátricos, y cubran el espectro de cuidado y apoyo a través de la combinación de servicios de salud mental que están integrados en el sistema sanitario general; servicios comunitarios de salud mental, y servicios más allá del sector de salud. Diversificar y aumentar las opciones de asistencia para condiciones frecuentes de salud mental como depresión y ansiedad, que tiene un ratio costo-beneficio 5 a 1. Dichas medidas incluyen adoptar un enfoque de compartir tareas que expande la medicina basada en la evidencia para ser también ofrecida por trabajadores de salud y proveedores de la comunidad. Incluye también el uso de tecnologías digitales para apoyar autoayuda con y sin guía y para proveer asistencia remota. (OMS, 2022).

La Sociedad Americana de Pediatría, La Academia Americana de Psiquiatría Infantojuvenil y la Asociación de Hospitales Infantiles se han unido para declarar un Estado de Emergencia Nacional en la Salud Mental de los NNyA. En un enunciado público solicitan:

- Aumento de fondos nacionales dedicados a asegurar todas las familias y NNyA, para que puedan acceder a tratamientos basados en la evidencia y técnicas de screening y diagnósticos que apropiadamente responda a sus necesidades de salud mental, con particular énfasis en abastecer las necesidades de la población de más bajos recursos.
- Realizar cambios en las regulaciones y mejorar el acceso a tecnologías para asegurar que continúe la disponibilidad de la telemedicina para facilitar atención en salud mental a toda la población
- Aumentar la implementación y sostenibilidad de los fondos para modelos efectivos de atención en salud mental basado en las escuelas, incluyendo estrategias clínicas y modelos de pago.
- Fortalecer los esfuerzos emergentes en reducir el riesgo suicida en NNyA a través de programas de prevención en escuelas, atención primaria y efectores comunitarios.
- Enfrentarse al continuo desafío para las necesidades agudas de atención, incluyendo la falta de disponibilidad de camas en salas de urgencia a través una expansión de salas de internaciones breves, unidades de estabilización y del acceso a dispositivos intermedios como casas de medio camino.

- Proveer fondos para un sistema comprensivo basado en la comunidad que conecte a las familias con necesidades con servicios de salud comportamental y de apoyo para sus hijos, con estrategias basadas en la evidencia en su hogar, su comunidad, o su escuela.
- Promover e invertir en servicios de atención en trauma que apoyen la salud relacional y la resiliencia familiar.
- Acelerar estrategias para afrontar los tradicionales desafíos en la asistencia en salud mental de NNyA, incluyendo programas de entrenamiento, prestamos e intensificar los esfuerzos para reclutar a la población subrepresentada en profesiones de salud mental, así como también atención en el impacto que la crisis de salud pública del COVID-19 ha tenido sobre el bienestar de los trabajadores de la salud.
- Avanzar en políticas que garanticen el fortalecimiento de leyes de salud mental (AAP, 2020).

Es decir, las políticas de salud internacionales están dirigidas a abordar el tratamiento de los padecimientos mentales con un enfoque en la comunidad, dirigiendo los recursos a fortalecer la prevención y la detección temprana en los servicios de atención primaria y efectores de la comunidad como las escuelas. Esto se halla en consonancia con la LNSM.

Con respecto al marco normativo de las internaciones involuntarias en nuestro país, a reglamentación del art. 20 de la LNSM, debe entenderse como riesgo cierto e inminente que justifique la indicación de internación “a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o a la integridad física de la persona o de terceros”. Sobre el particular en la práctica se observa que entre las instituciones o entre los equipos profesionales, aún de las mismas instituciones, existe una importante disparidad de criterios en cuanto a la interpretación de la urgencia y de aquello que debe entenderse por “riesgo cierto e inminente”, algunas acepciones muy rígidas y otras demasiado flexibles (Revista del Ministerio Público de la Defensa, Número 13). La instancia de internación por salud mental es una medida de salud legítima, aun cuando sea involuntaria mientras dure el criterio de riesgo cierto e inminente. Dicha medida importa la privación de la libertad, “bien jurídico del que solo podrán ser privados los sufrientes mentales cuando se den las circunstancias excepcionales (medida terapéutica

restrictiva) y con el debido control judicial para su imposición y mantenimiento” (Galende y Kraut 2016, 8-9). Específicamente, la LNSM establece que la indicación debe ser controlada y supervisada por un juez. Dentro de las 10 horas del ingreso se emite un informe comunicando la internación al juez competente y al órgano de revisión, la cual los juzgados autorizan/convalidan o rechazan (arts. 21 de la LNSM y 41 del CCyCN). Luego se emite un informe a las 48 horas que incluye dictamen profesional, ausencia de otra alternativa eficaz para tratamiento e informe de instancias previas si las hubiera (art. 20 de la LNSM). En adición a esto, el nuevo código en el artículo 41 especifica el control judicial en internaciones involuntarias. A partir de la comunicación de la internación, interviene la Unidad de Letrados a través del artículo 22 de la LNSM, y el Órgano de Revisión. Las funciones de la Unidad de Letrados son poner al paciente en conocimiento de sus derechos y de la información que requiera; procurar que reciba el tratamiento que necesite, el más conveniente, que sea el menos restrictivo de sus derechos y en condiciones adecuadas; relevar su historia clínica, es decir que se encuentre unificada, foliada, que las intervenciones del equipo tratante se registren a diario y que obre el consentimiento informado; que la internación no se prolongue innecesariamente y obtener la externación del paciente, ya sea a través del regreso al domicilio familiar o al dispositivo (hogar convivencial, hogar de atención especializada u hogar terapéutico) que se entienda pertinente; y propiciar su integración comunitaria. (Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la Defensoría General de la Nación). El art. 22 de la LNSM dispone que *“la persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación”*. Si el paciente decide designar a otro profesional letrado a esos efectos, no corresponde la intervención de la Unidad de Letrados.

En CABA son los juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil con competencia exclusiva y excluyente en cuestiones de familia los que tienen competencia para controlar las internaciones por salud mental. La defensa pública oficial corresponde al Ministerio Público de la Defensa, en particular la defensa técnica, de conformidad con lo previsto por el art. 47 de la ley 27.149 (Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa de la Nación). Además del letrado designado por el artículo 22, interviene el defensor público de menores e incapaces en los términos del art. 103 del Código Civil y del art. 43 de la ley N° 27.149, intervención que corresponde bajo pena de nulidad.

Por privación de la libertad se entiende toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permite salir a la persona menor por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública. En el contexto de privación de la libertad son aplicables los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas. Particularmente, respecto a los NNyA, las Reglas de Brasilia relativas al Acceso a la Justicia de las Personas que se encuentran en condición de vulnerabilidad promueven acrecentar el nivel de protección y resguardo de los menores de 18 años de edad que se encuentran privados de su libertad ambulatoria. Específicamente, respecto a las internaciones por salud mental, señala Mariano Laufer Cabrera (2016) “desde el derecho internacional de los derechos humanos no queda ninguna duda de que una internación involuntaria, coactiva o forzosa, aun por razones de ‘preservación de la salud mental’ es en efecto una restricción de la libertad”. Al respecto, la CSJN en el fallo “R. M. J. s/ insania” al señaló que “se debe tener en cuenta que, en la práctica, mas allá de que la medida de internamiento posea un carácter terapéutico, se lleva a cabo una autentica privación de la libertad de la persona”. También, la CSJN en “P., A.C.”, remitiendo al dictamen de la Procuración Fiscal, se explayó considerando que la internación psiquiátrica “[...] es un escenario sumamente delicado, que puede presentar serias derivaciones en el plano de los derechos humanos. Al afectar principalmente la libertad ambulatoria, obliga al sistema judicial a extremar la protección de los derechos fundamentales vinculados con ella, en especial, la dignidad, la igualdad y la seguridad”. La Corte IDH en el caso “*Ximenes Lopes v. Brasil*” destacó que: “[...] las personas con discapacidad que viven o son sometidas a tratamientos en instituciones psiquiátricas, son particularmente vulnerables (...) la vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales es agravada por el alto grado de intimidad que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación”. La LNSM, en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, incorpora el modelo social de discapacidad que, propiciando un modelo comunitario, de abordaje integral y que garantice los derechos de las personas, vino a reemplazar el modelo hospitalario/asilar proponiendo un modelo de desinstitucionalización.

En particular, respecto de la internación de NNyA en instituciones especializadas, Alejandra Barcala (2014) ha señalado que se ha instalado un modelo de intervención en

los NNyA con sufrimiento psicosocial que refuerza los procesos de internación y medicalización, de prácticas desubjetivantes que fomentan diagnóstico, etiquetas psiquiátricas, exclusión y la cosificación e institucionalización de los NNyA. En igual sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2017) ha dicho que se debe “eliminar las respuestas del Estado propias del modelo tutelar y asistencialista con fuerte componente de institucionalización y separación del NNyA de su familia, siendo necesario que se adopte una aproximación integral desde un robusto SNP basado en una visión holística y multisectorial de las problemáticas que afectan a la niñez, y promover intervenciones a través de las políticas sociales de protección a la familia y de desarrollo social ”.

La internación implica una situación de aislamiento en la que los NNyA se alejan, por cuestiones de salud, de su medio familiar, social y comunitario, y ello trae consecuencias negativas. Incluso, las internaciones psiquiátricas que se prolongan innecesariamente resultan dañosas y conllevan, en muchos casos, a la marginación, exclusión y maltrato. Sin embargo, en muchos casos se sobreutiliza la hospitalización como respuesta al padecimiento mental, debido a la escasez y falta de dispositivos de atención ambulatoria y con enfoque comunitario. Es que la falta de turnos, las distancias a cubrir para obtener un tratamiento, la falta de profesionales de la salud, sobre todo de psiquiatras infantojuveniles, y de dispositivos acordes a las necesidades de los NNyA, conducen a la internación como único tratamiento.

Conclusiones

Se encontró un aumento en la incidencia acumulada de internaciones por salud mental de adolescentes. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En cuanto a las características de la población internada durante la pandemia COVID-19, la mayoría fueron mujeres. No se registró indicación de internación por salud mental en adolescentes de 10 a 12 años. La mayoría de las internaciones fueron entre los 15 y 18 años. La mayoría fueron ingresos por única vez, registrándose un tercio de los casos como reingresos durante el transcurso anual evaluado. Existen numerosas evidencias bibliográficas que el sistema de salud mental en general, y de Argentina en particular, presenta falencias para responder a la demanda creciente con la que se enfrenta. Estas falencias se vieron magnificadas durante la pandemia. Este estudio resalta la importancia de más estudios longitudinales que determinen el impacto agudo

y a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de adolescentes. Los intrincados enlaces entre salud mental y salud pública, derechos humanos y desarrollo socioeconómico, implican que adecuar las políticas y prácticas de salud mental a la demanda actual puede generar beneficios reales para individuos y comunidades.

Referencias Bibliográficas

A declaration from the American Academy of Pediatrics, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Children's Hospital Association; American Academy of Pediatrics; October 2021 (<https://www.aap.org/en/advocacy/child-and-adolescent-healthy-mental-development/aap-aacap-cha-declaration-of-a-national-emergency-in-child-and-adolescent-mental-health/>)

AAP-AACP-CHA Declaration of a National Emergency in Child and Adolescent Mental Health (2021) <https://www.aap.org/en/advocacy/child-and-adolescent-healthy-mental-development/aap-aacap-cha-declaration-of-a-national-emergency-in-child-and-adolescent-mental-health/>

Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl. 2:3–9.

Altieri, D. (2007): "Mortalidad por suicidios 1980-2004" en C. Martínez: Introducción a la suicidología.

Anderson KK, Fuhrer R, Wynant W, et al; Patterns of health services use prior to a first diagnosis of psychosis: the importance of primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1389–98; [CrossRefPubMedGoogle Scholar](#)

Basile, H. (2015): Crisis 2001 en Argentina. Desocupación y suicidio adolescente. Buenos Aires: Edición del autor.

Bojdani E, Rajagopalan A, Chen A, et al. COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Res* 2020;289:113069

Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva, World Health Organization, 2003.

Chadi et al; Mental Health- Related Emergency Department Visits in Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: A Multicentric Retrospective Study (2021); *Journal of Adolescent Health* 69 847-850.

Chebar, D., Alba, P., Alarcon, H., Fassi, G., Losanovsky Perel, V., Mazaira, S., & Martino, D. J. (2019). Duracion de las internaciones psiquiatricas:una caracterizacion clinica y socio demografica. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 30(148), 420–425.

Cillero Brunol, Miguel. 1999. "El interes superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Nino". *Justicia y Derechos del Niño*, 1: 48-62.

Constitución de la Nación Argentina (1994) 2da Ed. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Constitución de la Nación Argentina: incluye los tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional (2016).

Convención Interamericana de Derechos Humanos, Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de protección, OEA/Ser.L/V/II. Doc.206/17, 30 de noviembre de 2017. Pag. 138, parr. 346.

Cuesta et al; Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. (2016). *Psiqu. Biol.* 2016; 23(2):67-73.

Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK: Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:21-27.

Decreto 492/1995; Obras Sociales Sindicales; Programa Médico Obligatorio- Reducción de Aportes; Poder Ejecutivo Nacional; sanción 22-09-1995

Decreto 603/2013. Ley N° 26.657. Bs. As., 28/5/2013.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>

Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Del Giovane, C. (2016). The revolving door phenomenon in an Italian acute psychiatric ward. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 686–692.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000540>.

Dick B, Ferguson BJ. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J AdolescHealth*. 2015;56(1):3–6.

El ejercicio efectivo de los derechos de los NNyA en contextos de internaciones por salud mental. La experiencia de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad

(art. 22 Ley 26.657); Revista del Ministerio Público de la Defensa; “La protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes”; Numero 13.

Elhassan, N. M., Elhusein, B., Abdulla, M. Al, & Saad, T. A. (2020). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. *Journal of International Medical Research*, 48(12), 1–12. <https://doi.org/10.1177/0300060520977382EVOLVING-E.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF

Galende Emiliano y Alfredo Jorge Kraut. 2016. “La intervención estatal en defensa del paciente”. *Revista del Ministerio Publico de la Defensa de la Nación*, 11.

Gaudio, J. J., Penido, J. H., Gutierrez, M. S., & Curcio, A. (1992-1993). Hospitalización de pacientes en el Hospital “J.T. Borda” de la Ciudad de Buenos Aires (Análisis cualitativo y cuantitativo de las variables intervinientes). *Vertex, Rev Arg Psiquiatr*, 3(10), 262–265.

Gill PJ, Saunders N, Gandhi S, et al; Emergency department as a first contact for mental health problems in children and youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:475–82 e4

Gilsbach, S., Plana, M.T., Castro-Fornieles, J. et al. Increase in admission rates and symptom severity of childhood and adolescent anorexia nervosa in Europe during the COVID-19 pandemic: data from specialized eating disorder units in different European countries. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 16, 46 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00482-x>

Goldman RD, Grafstein E, Barclay N, et al. Paediatric patients seen in 18 emergency departments during the COVID-19 pandemic. *Emerg Med J* 2020;37:773e7.

Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093– 102.

Health for the world’s adolescents: a second chance in the second decade: summary. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>, accessed 3 March 2021).

Helping Adolescents Thrive Toolkit; World Health Organization; 2021
(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>)

<https://www.who.int/news/item/18-05-2021-who-and-unicef-launch-new-tools-for-the-promotion-of-adolescent-mental-health-and-the-prevention-of-mental-health-conditions>.

Iglesias, Maria Graciela. 2015. "Tutela judicial efectiva en la internación de niños y niñas. 'Para muestra, basta un botón'". En: Tratado de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Tomo III, Silvia Eugenia Fernández (directora), 2960- 2980. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

International Disability Alliance (IDA) "Principios para la implementación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)". <http://www.internationaldisabilityalliance.org/representation/legalcapacity-working-group>

Jeppesen, R. M., Christensen, T., & Vestergaard, C. H. (2016). Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: The advent of "revolving door" patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 419–425. <https://doi.org/10.1111/acps.12549>.

Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593– 602.

Kessler RC, Angermeyer MC, James AC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168– 76.

Kessler RC, Berglund PMBA, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62(6):593-602.

Krass P, Dalton E, Douplik SK, Esposito J. US pediatric emergency department visits for mental health conditions during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2021;4:e218533.

Kraut, Alfredo y Agustina Palacios. 2014. "Comentario a los arts. 31 a 50". En: Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, Tomo I, Ricardo Luis Lorenzetti (dir.). Santa Fe: Rubinzal-Culzoni.

Lansdown, Gerison. 2005. Evolución de las facultades del niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/>

Laufer Cabrera, Mariano. 2011. "Reflexiones sobre la Ley Nacional de Salud Mental N. 26.657: su impacto sobre la administración de justicia, la Defensa Pública y el ámbito de la infancia". En: Acceso a la Justicia de Niñas, Niños y Adolescentes Estrategias y Buenas Prácticas de la Defensa Pública, 191-202. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación y Unicef. http://www.mpd.gov.ar/uploads/Libro_Ninos_UNICEF.pdf

Leeb RT, Bitsko RH, Radhakrishnan L, et al. Mental health related emergency department visits among children aged <18 Years during the COVID-19 pandemic United States, January 1eOctober 17, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1675e80.

Leff RA, Setzer E, Cicero MX, Auerbach M. Changes in pediatric emergency department visits for mental health during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Clin Child Psychol Psychiatry 2021;26:33e8.

Ley 17.132. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas (24 de enero de 1967). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429/actualizacion>.

Ley 26.061. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 26 de octubre de 2005. [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/3108870/ley_26061_proteccion_de_ni_os.pdf)

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Noviembre 19 de 2009. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/actualizacion>

Ley 27130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Abril 6 de 2015. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618/texto>

Ley N° 23.849. Apruebase la Convención sobre los Derechos del Niño (octubre 16 de 1990). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

Ley N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derogase la Ley N° 22.914. diciembre 2 de 2010. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación (octubre 7 de 2014). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm#6>

Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes Argentina; Autor: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Argentina; 2018.

Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, Linney C, McManus MN, Borwick C, Crawley E. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Nov;59(11):1218-1239.e3. doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32504808; PMCID: PMC7267797

Magson NR, Freeman JYA, Rapee RM, et al. Risk and protective Factors for Prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *J Youth Adolesc* 2021; 50:44e57.

Malleza et al; Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (2022); *Vertex Rev Arg Psiquiatr.* (2022). 33(158): 6-19. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.314>

Maria Cecilia Caputto y Juan Pablo Olmo; *Infancia y salud mental: su entrecruzamiento en el régimen jurídico argentino*; ed. 13 Revista del Ministerio Público de la Defensa. Menculini, G., Gobbicchi, C., Verdolini, N., Cirimbilli, F., Moretti, P., & Tortorella, A. (2020). "Revolving door↔ and bipolar disorders: A retrospective study in an acute inpatient unit. *Psychiatria Danubina*, 32, S58–S63.

Ministerio de Salud (2017): Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externas. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001078cnt-guia-causas-Externas.Pdf?mkt_hm=7&utm_source=email_marketing&utm_admin=14052&utm_medium=email&utm_campaign=Novedades_editoriales_Promocin_de_la_Salud

Ministerio de Salud de la Nación (2011) “Protocolo para la atención de personas víctimas de violencia sexual”.

N. Evans et al; Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review; JBI Database System Rev Implement Rep 2019; 17(0):1–27.

Nemirovsky, M., Guardo, G., Rosenstein, M., Agrest, M., Tkach, J., & Montanelli, R. (2003). Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 14(54), 292–298.

Newlove-Delgado T, McManus S, Sadler K, et al. Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *The Lancet Psychiatry* 2021;8:353e4.

Ougrin D, Wong BH-C, Vaezinejad M, et al. Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): A retrospective international cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021:1e13.

Patil P, Mezey GC, White S. Characteristics of adolescents placed under section 136 Mental Health Act 1983. *J Forensic Psychiatry Psychol.* 2013;24(5): 610–20.

Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet.* 2016;387(10036):2423–78.

Política para mejorar la salud mental. OPS/NMH/MH/23-0002. Organización Panamericana de la Salud, 2023

Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. <https://www.ppn.gov.ar/index.php/documentos/legislacion/constitucion-nacional-y->

tratados-internacionales/1892-principios-para-la-proteccion-de-los-enfermos-mentales-y-el-mejoramiento-de-la-atencion-de-la-salud-mental

Programme guidance for the second decade: programming with and for adolescents. New York (NY): UNICEF; 2018.

Regina Guthold, Ph.D et al; The Top Global Causes of Adolescent Mortality and Morbidity by Age and Sex, 2019 (2021). *Journal of Adolescent Health*; Volume 69, issue 4, p540; <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.023>

Remschmidt H, van Engeland H, eds *Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives.* New York, Darmstadt, Steinkopff; Springer, 1999.

Resolucion 2177/2013. Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. 30/12/2013. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2177-2013-225330/texto>.

Richly, P. (2017). Analisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. *Vertex Rev Arg de Psiquiatr*, 28(133): 183-187.

Richly, P., Xamena, P., Surur, C., Espert, J., & Pavlovsky, F. (2006). Datos operacionales de la Sala de Internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr*, 27(67), 182-187.

Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN, et al. Associations Between Time Spent Using Social Media and Internalizing and Externalizing Problems Among US Youth. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(12):1266–1273. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2325

Rogers AA, Ha T, Ockey S. Adolescents' Perceived Socio-Emotional impact of COVID-19 and Implications for mental health: Results from a U.S.-Based Mixed-Methods study. *J Adolesc Heal* 2021;68:43e52.

Rohde LA, Celia S, Berganza C. Systems of care in South America. In: Remschmidt H, editor; Belfer M, editor; Goodyer I, editor. *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health.* Berlin: Springer; 2004. pp. 42–51

Singh S, Roy D, Sinha K, et al. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* 2020;293:113429

Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after healthrelated disasters. *Disaster Med Public Health Prep.* 2013;7:105-110.

The adolescent brain: a second window of opportunity. Florence: UNICEF Office of Research (<https://www.unicef-irc.org/publications/933-theadolescent-brain-a-second-windowofopportunity-a-compendium.html>, accessed 3 March 2021)

The Top Global Causes of Adolescent Mortality and Morbidity by Age and Sex, 2019. *Journal of Adolescent Health* 69 (2021) 540.

The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.

Triskier, S. S.-M. C.-F., & Orgambide, S. (2002). Datos operacionales de una Unidad psiquiatrica de internación en un Hospital general y publico de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr*, 13(48), 85.

Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art 22 Ley26.657 de la Defensoría General de la Nación; El ejercicio efectivo de los derechos de los NNyA en contextos de internaciones por salud mental. La experiencia de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad (art. 22 Ley 26.657).

University of Oxford. COVID-19's impact on youth mental health the focus of new research. 2020. Available at: <http://www.ox.ac.uk/news/2020-03-30-covid-19s-impactyouth-mental-health-focus-new-research>. Accessed April 13, 2020.

Voineskos, G., & Denault, S. (1978). Recurrent psychiatric hospitalization. *Canadian Medical Association Journal*, 118(3), 247–250.

WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care: world health organization; 2022 (<https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>)

WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care. 2022.
<https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>)

WHO TEAM Mental Health and Substance Use; Comprehensive mental health action plan 2013-2030; **ISBN:** 9789240031029; <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>

WHO, adolescent health, https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Williamson, A. E., Johnson, P. C. D., Mullen, K., & Wilson, P. (2012). The disappearance of the “revolving door” patient in Scottish general practice: Successful policies. *BMC Family Practice*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-95>

World Health Organization. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. ISBN 92 4 156304 4 (<https://www.who.int/publications/i/item/9241563044>)

World Mental Health Report. 2022. The impact of COVID-19 on mental health cannot be made light of. <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Zilikis N, Abatzoglou G, Iacovides A, Ierodiakonou C. Adolescent admissions in psychiatry: Reconsidering clinical and institutional parameters on the occasion of a report of a Greek experience. *Adolesc Psychiatry* 2011;1(4):340–8.