

Rosario =



**PROPUESTA DE REGISTRO
DE CONSULTA AMBULATORIA
DE SALUD MENTAL EN LA RED
DE SERVICIOS DE SALUD.**

**Dirección de Salud Mental
Dirección de Atención primaria.
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.**

**Dirección de Salud Mental
Secretaría de Salud pública
Municipalidad de Rosario.**

Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Secretario: Leonardo Caruana

Dirección de Salud Mental

Directora: Paola Cocconi

Equipo técnico - Coordinación general

Silvia Grande

José Belizán

Gabriela O`Toole

Colaboradores: Ana Ronchi, Jorge Gallino

Participaron de la discusión/elaboración del proyecto:

Colectivo de trabajadores de Salud Mental (reuniones distritales)

SIME (Sistema Municipal de Epidemiología): Graciela Sosa, Alberto

Macedo, Mario Chavero y Mauro Castellini

Mesa de Enlace de Información

Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe

Ministra: Andrea Uboldi

Dirección de Salud Mental

Directora: Liliana Olguin

Equipo Técnico:

Cristian Landriel

Diego Martinez

Mariel Di Pasquale

Colaboradores: Gabriela Mana, Rubén Calligaris

Participaron de la discusión/elaboración del proyecto:

Colectivo de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales del primer

nivel de atención. ***Dirección de Atención Primaria Nodo Rosario***

Colectivo de psicólogos y psiquiatras de la Dirección Provincial de Salud

Mental de la ciudad de Santa Fe. Paula Raviolo Referente Salud Mental

Centro-Norte

Asesoría y revisión técnica a cargo de la ***Dirección de Información para la Gestión***

El presente documento contiene un instrumento de trabajo de suma importancia para la construcción, recolección y análisis de información en materia de Salud Mental. Se constituye, así mismo, en un elemento primordial tanto para el desenvolvimiento y el desarrollo de trabajos epidemiológicos, como así también para el seguimiento y evaluación de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados.

El mismo surge de una elaboración colectiva de trabajadores de Salud Mental tanto de la Provincia de Santa Fe, como de la Municipalidad de Rosario, el cual se fué gestando a lo largo de tres años de trabajo continuo, responsable y ético. Por ende, aporta un valor sustancial para este Ministerio de Salud.

La Provincia de Santa Fe, en relación a la política de salud/salud mental que viene desarrollando durante años, se rige dentro de los marcos normativos y legales en materia de Salud Integral, salud Mental y Derechos Humanos en general, y específicamente; en el marco de la Ley Provincial y Nacional de Salud Mental.

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones Nro. 26657 postula la necesaria elaboración de registros que aporten información cualitativa y cuantitativa que permitan medir, comparar y monitorear los datos a lo largo de nuestra provincia, a nivel nacional e internacional además de posibilitar trabajos de índole epidemiológica.

Por lo anteriormente mencionado, este Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe declara de interés este trabajo de realización colectiva y colaborativa, puesto que, no solo permite obtener información sobre las diferentes problemáticas referidas a salud mental, sino también integra un modo de reconstrucción de los códigos diagnósticos, de prácticas y tratamientos que resulta de suma importancia a la hora de obtener datos de calidad para la salud pública en

Rosario =



cuestiones atinentes tanto a los procesos de atención- salud- enfermedad- cuidados , la equidad y la accesibilidad en salud integral, como al monitoreo y la promoción de los derechos de los usuarios de salud mental (educación, vivienda y trabajo , identidad , etc) Indicadores que inciden y determinan de forma directa e indirecta la salud de la población adscripta al sistema sanitario provincial.

Dra. María Andrea Uboldi

Ministra de Salud Gobierno de la Provincia de Santa Fe



En los últimos tiempos, el sistema de salud público de la ciudad de Rosario se ha constituido en una referencia en nuestro país, por la institucionalización de reales políticas de Estado que teniendo como horizonte la salud como un derecho, han construido procesos de atención y cuidado que transgreden los modelos más tradicionales y en esa innovación logran mejorar el bienestar de la población. En la complejidad y extensión de esta experiencia rosarina la información en salud ha sido siempre importante, especialmente la epidemiológica que ha permitido observar la realidad con un horizonte de transformación posible. La construcción de información y análisis epidemiológicos se sustentó en una mirada que pone el acento en lo colectivo, en las condiciones socioeconómicas, en las desigualdades, en la dimensión histórica, en la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-cuidado y los diferentes modos de expresar la enfermedad o el malestar en distintas áreas territoriales y grupos sociales. No trabajamos con aglomerados de individuos, sino con colectividades; y no pensamos las condiciones del enfermar aisladas de los marcos sociales, económicos y culturales. Porque, entendemos que las causas fundamentales que crean la vulnerabilidad están enraizadas en la vida cotidiana. Así, el papel del sector salud no es tanto actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo y convencer a otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en salud. Porque, por otra parte, con salud se habilitan otras capacidades y potencialidades sociales, se permite participar plenamente, colectiva e individualmente.

La información en salud no es algo ajeno al sistema de salud del que forma parte. Los sistemas de información en salud expresan también las disputas epistemológicas e ideológicas. Detrás de cada conjunto de datos hay un proceso de elaboración conceptual que porta la perspectiva de los sujetos que analizan los problemas de la realidad sobre la que quieren



intervenir. Por eso para distintos actores los problemas no son lo mismo y tampoco son iguales las respuestas.

Partiendo de estas premisas, es impensable la gestión del sistema público de salud en Rosario sin información propia y sin capacidad para interpretarla; es impensable la transformación sin revisar los conceptos continuamente o recrear los fundamentos de nuestra actividad.

El presente documento es el producto de procesos de trabajo que los equipos de salud han conformado en esta línea, buscando mejorar los registros en salud mental, con el objetivo de contar con mejores herramientas al momento de planificar procesos de cuidado individuales o colectivos.

Todo lo aquí reflejado es el emergente del entrelazamiento de múltiples miradas, que a partir de la reflexión colectiva, en un proceso de debate e intercambios consensuan una plataforma desde la cual partir. No es un producto acabado en sí mismo, sino la cristalización de un momento del análisis de las cuestiones de salud mental que se encadena hacia atrás y hacia adelante con la construcción colectiva de la salud integral de los rosarinos y rosarinas.

Dr. Leonardo Caruana

Secretario de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Índice

Introducción	8
--------------	---

Primera Parte

Capítulo I Fundamentación de la propuesta de Sistema de Registros en Salud Mental	16
Capítulo II Desarrollo de la propuesta de registro. Motivos de Consulta y Diagnóstico. EJES I, II y II.	23
Capítulo III Prácticas y Tratamientos	49
Capítulo IV EJE I. Instructivo población Infantil y Adolescente	58
Capítulo V EJE I. Instructivo población Adult.	85
Capítulo VI Dispositivos Grupales	105

Segunda Parte

Capítulo VII Selección de códigos para EJE I Población Infantil y Adolescente	111
Capítulo VIII Selección de códigos para EJE I Población Adulta	122
Capítulo IX Selección de códigos para EJE II (Problemas en Salud Pública)	131
Capítulo X Selección de Códigos para EJE III (Inequidades)	143
Capítulo XI Selección de Códigos para Prácticas	149
Capítulo XII Listado a los fines orientativos con Motivos de Consulta habituales en Salud Mental	151

Introducción

En un contexto de desigualdades e inequidades sociales y situaciones de sufrimiento que afectan el bienestar colectivo y singular, una inclusión propiciatoria para la reflexividad es el campo epidemiológico de la Salud Mental (Zaldúa, 2012; p 201)

Hacemos nuestra esta apuesta respecto de que el campo epidemiológico de la Salud mental propicie la reflexión acerca de las desigualdades e inequidades sociales y el sufrimiento. Zaldúa (2012) se pregunta si es posible pensar y hacer desde otra episteme de la Salud Colectiva, sin reduccionismos biológicos, psicológicos o sociológicos.

Sarraceno (2009) Director del Departamento de Salud Mental y Sustancias Abusivas de la Organización Mundial de la Salud en su intervención ante la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación, refiere que las enfermedades mentales se encuentran entre las más graves de todas las enfermedades, debido a su prevalencia, cronicidad, la prematurez de su aparición y a la severidad de las incapacidades que produce. En el marco de la discusión acerca de la sanción de la ley de salud mental, plantea la necesidad del desarrollo de políticas públicas que permitan producir respuestas acordes al resguardo de derechos de aquellos con padecimientos mentales. Estas respuestas deberán prevenir la estigmatización y la segregación que han sido tradicionalmente las consecuencias de los modos de intervención manicomializantes.

Sin embargo a pesar de señalarse claramente el aumento y complejización de los padecimientos psíquicos y por otro lado el importante avance de legislaciones protectivas de derechos - basadas en la Declaración de Caracas (1990), Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

(2006) y las Reglas de Brasilia (2008) - se plantea un común denominador a nivel mundial: la insuficiencia en la producción de información tanto respecto de esos padecimientos en poblaciones como de las respuestas de los servicios de atención.

Esta propuesta parte de considerar que el déficit en la producción de registros en consultas ambulatorias no permite establecer con claridad el volumen de las demandas poblacionales, la caracterización de las mismas y, congruentemente con ello, las prácticas y recursos necesarios para abordar esas demandas poblacionales.

Nos planteamos como objetivos:

- Establecer acuerdos en torno a la utilización de los diagnósticos para mejorar la confiabilidad de los registros.
- Avanzar en el análisis de las propuestas del CIE-10, lectura e interpretación de los códigos y de su utilización.
- Posibilitar la lectura de los padecimientos psíquicos que se presentan poniéndolos en relación con las problemáticas de salud pública y las condiciones de inequidad.
- Establecer consensos en relación a las prácticas y tratamientos propuestos para permitir la lectura de la complejidad de las intervenciones necesarias frente a los motivos de consulta, aproximaciones diagnósticas, problemas de salud pública y condiciones de inequidad poblacionales.

El marco político-conceptual que permite establecer los ejes para el logro de estos objetivos lo constituye la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (26657) (en adelante: LNSM y A). Por ello tomaremos como punto de partida el análisis del Capítulo II:

CAPÍTULO II

DEFINICIÓN

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Nos proponemos registrar procesos de atención en salud mental desde la lógica de atención primaria en el primer nivel del sistema de salud. Para ello nos ubicamos desde el marco de la LNSM y A, que *"tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental"* (2010, Capítulo I. Derechos y Garantías). Desde aquí asumimos un posicionamiento que tendrá consecuencias en las propuestas de registros: partimos de considerar la problemática de "personas con padecimiento mental" y no de enfermos o, como más habitualmente encontramos plasmado en los registros, de "enfermedades".

Este planteo determina nuestras prácticas como trabajadores y trabajadoras. Implica condiciones tanto en el orden de la producción de conocimientos como en lo ético/político. Tal como veremos en el Capítulo II nos posicionaremos en torno a:

- una definición de salud mental en términos de **proceso** con **componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos**. El registro debería dar cuenta de estos componentes;
- considerar que la salud mental implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. Sabemos que la gravedad y complejidad de las problemáticas de salud

mental en poblaciones está en relación directa con los derechos vulnerados en las mismas;

- que los diagnósticos no pueden hacerse en base a pertenencias sociales, políticas, étnicas, religiosas; falta de adecuación a valores sociales dominantes, identidad o elección sexual, o antecedentes de padecimiento. Esto demuestra a las claras cómo la enfermedad mental fue utilizada para justificar modos de segregación.

Este capítulo de la LNSM y A nos advierte respecto de las modalidades de tratamiento que las personas con padecimiento mental han recibido: ubicadas como objetos/enfermos, diagnosticadas con lógicas biologicista, psicologicistas, que despojan de derechos y justifican esa privación en función de los valores dominantes socialmente (normalidad) produciendo inequidad e iniquidad.

Sabemos que muchas de las propuestas de sistemas de registros en salud mental están en abierta contradicción teórico-conceptual, ética y política con los fundamentos de la LNSM y A. Parten de ubicar como "enfermos" a quienes demandan y plantean la existencia de entidades mórbidas a diagnosticar mediante propuestas clasificatorias, propiciando la ontologización de las enfermedades (Souza Campos, 2001). Sus categorías oscilan entre descripciones sintomáticas, de tipos de conductas, criterios etiológicos orgánicos, entre otras. En este sentido sostenemos que la preexistencia de "la enfermedad" como entidad mórbida es un verdadero obstáculo epistemológico para abordar la salud mental en términos de proceso. Quizás no se trate de una dificultad exclusiva del campo de la Salud Mental. Como plantean Amarante y Torre (2010) la misma investigación epidemiológica en términos de diagnósticos de enfermedades permite medicalizar el sufrimiento o el malestar social y esto tiene consecuencias más serias, más aún para la infancia.¹

¹ *"Muitas pessoas que se encontram com alguma forma de sofrimento ou de mal-estar social, por sentirem-se rejeitadas, rejeitadas, inoportunas e tantas outras possibilidades, identi-fi cam-se com determinados diagnósticos na medida em que, no momento em que passam a ser consideradas doentes, deixam de ser culpadas por suas características, as quais, consideram que incomodam os demais. Outras situações de angústia, insatisfações, tristeza, entre outras, podem ser facilmente medicalizáveis. Desta forma, as pesquisas epidemiológicas podem ter muito mais um signifi cado de produção de comportamentos patológicos do que de auferição de patologias no meio social. Muitas pessoas se apresentam como 'depressivas', 'portadoras de pânico' e 'bipolares'. Quando a OMS anuncia que, em 2020, existirão milhões de pessoas com depressão no mundo, não estaria, na verdade, construindo este*

Asumiendo todos estos obstáculos, creemos que es necesario producir información que nos permita evaluar, monitorear las respuestas que el sistema de salud produce respecto de las demandas poblacionales en salud mental. El carácter dilemático de una propuesta de registros en salud mental nos ha demorado como sector en la producción de información, aunque probablemente no sea ésta la única cuestión en juego cuando abordamos las dificultades para la producción de registros. Este problema acaso no resulte ajeno a los modelos de formación universitarios que, aún siendo críticos al biologicismo, a la patologización de lo social, siguen teniendo como ideal un modelo de práctica privada donde la privacidad se confunde con privatización.

Trabajar en los efectores de Salud Pública nos interroga no sólo frente a la responsabilidad en los procesos de atención, sino también en torno a las condiciones en que los procesos históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos producen los padecimientos y los modos en que intervenimos en el marco de la necesaria intersectorialidad que sólo las políticas públicas pueden garantizar. Rovere (2011) plantea que la situación demográfica, epidemiológica no es tenida en cuenta en el diseño de los servicios, tampoco se toman como referencia estudios sobre necesidades y demandas de la población. Esta caracterización hecha en general sobre el sistema sanitario, es aún más grave en el campo de la salud mental.

En la presente propuesta abordamos el registro de Motivos de Consulta/Diagnósticos y Prácticas/Tratamientos, apostando a rescatar la historia de producción que han construido los equipos de los servicios de salud en la provincia de Santa Fe.

Este documento cierra una etapa del proceso de discusión e inaugura otra, la de puesta a prueba y posterior revisión por distintos grupos de trabajadores de salud mental de la Municipalidad de Rosario y de la Provincia de Santa Fe.

cenário? Quando a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em cooperação com o Ibope, divulga uma pesquisa que aponta para o fato de que 5 milhões de crianças têm sintomas de transtornos mentais, não estaria contribuindo para a medicalização da infância?" Paulo Amarante e Eduardo Torre (2010; 157).

Nos interesa destacar que los ordenamientos establecidos en cuanto a las dimensiones de registro (Motivos de Consulta/Diagnósticos: Construcción profesional de la demanda y el padecimiento subjetivo; Problemas de Salud Pública; Inequidades) intentan rescatar la lectura que los equipos realizan en el afrontamiento de los procesos de atención. Al momento de llevar esa propuesta de lectura a un formato clasificatorio (selección de códigos propuestos desde la CIE-10) se pusieron en juego diversos criterios, algunos con un carácter más cercano a un ordenamiento descriptivo y otros en donde en ese ordenamiento descriptivo se establecen criterios ligados a las dinámicas de los procesos psíquicos. Esta "dificultad" atraviesa la producción y no dudamos que es un punto de discusión que se recuperará en posteriores desarrollos. Abogamos que la reflexión en torno a estas dificultades se constituya en una apuesta colectiva, tal como Zaldúa (2012) plantea.

La presente publicación está dividida en dos partes:

- La primera consta de seis capítulos, en los cuales se desarrolla la **fundamentación, la propuesta de registro para Motivos de Consulta y Diagnósticos** (Columna 19 planilla única), la explicitación de los tres EJES del registro (EJE I Construcción profesional de la demanda y construcción profesional del padecimiento subjetivo, EJE II Problemas de Salud Pública, EJE III Inequidades) y la propuesta de registro para **Prácticas y Tratamientos**. Se establecen los Instructivos para el EJE I correspondiente a poblaciones infantil, adolescente y adulta. Los Dispositivos Grupales son considerados parte de los procesos de atención, por ello se plantea una aproximación a la definición de los mismos a los fines de su registro.
- En la segunda parte proponemos una **selección de códigos** para EJE I (Construcción profesional respecto de la demanda en la consulta y del padecimiento subjetivo) en población infantil, adolescente y adulta, para EJE II (Problemas de Salud Pública) y EJE III (Inequidades), para registro de Prácticas y también para motivos de consulta habituales en salud mental. Los códigos seleccionados, cuyas definiciones operativas se desarrollan en la primera parte (Instructivos) fueron establecidos a partir de la propuesta del CIE-10 y de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y adolescente CFTMEA R-2012 y del adulto CFTM R-2015 y teniendo en cuenta las necesidades locales planteadas por los equipos.

Referencias Bibliográficas:

Amarante, P y Guimarães Torre E (2010) *Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas* en Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes

Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a Revisión (1995) Washington DC: OPS

Clasificación francesa de los trastornos mentales del adulto. CFTM R-2015 (2017) Buenos Aires: Editorial Polemos 5ª Edición.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26657 (2010)

Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>

Plan nacional de Salud Mental (2013) Ministerio de Salud Nación

Disponible en:

http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

Rovere M, Luppi I, Muruaga C (2011) *Evaluación de tecnologías en Atención Primaria. Articulación Universidad-Servicios por el derecho a la salud*. Rosario: Publicación del Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Saraceno, B (2009) Conferencia Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados (Versión taquigráfica) en

<http://www.villaverde.com.ar/es/docencia/seminario-sobre-salud-mental-y-capacidad-juridica-ley-26657-y-reforma-del-c-digo-civil/>

Recuperado: marzo 2016

Souza Campos, G W (2001) *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Argentina: Lugar Editorial.

Rosario =



Zaldúa, G (2012) *Algunas consideraciones sobre epidemiología en Salud mental. Constricciones epistémicos del estado de la cuestión: interrogaciones y reconstrucciones en Epistemes y Prácticas de Psicología Preventiva*. Buenos Aires: Eudeba

Capítulo I

Fundamentación de la propuesta de Sistema de Registros en Salud Mental

La inserción de trabajadoras y trabajadores de salud mental en Centros de Salud del primer nivel ha posibilitado “visibilizar” la problemática del sufrimiento subjetivo en la población, agendarla en los equipos e interrogar las relaciones de dicho padecimiento con las condiciones sociales, económicas, culturales y con los procesos de trabajo. Esto ha constituido un aporte importante en los modos de pensar las relaciones entre la subjetividad y el lazo social, posibilitando analizar críticamente los condicionamientos sociales, culturales y los padecimientos subjetivos. La asociación entre el deterioro de las condiciones de vida y la gravedad del sufrimiento es planteado casi como una “evidencia”.

Existe un verdadero abismo entre la preocupación por abordar las relaciones recién planteadas y la posibilidad de producir información local que dé cuenta de los modos de sufrimiento, caracterización poblacional y las posibilidades de “acceso” institucionalmente habilitadas para ese sufrimiento. Esta situación obstaculiza la realización de diagnósticos de problemas en salud mental (padecimientos, demandas a los servicios, motivos de consultas, modalidades de tratamiento) y su relación con indicadores poblacionales (grupos etáreos, territorios, género, trabajo, migraciones, etnias), contribuyendo muchas veces a la invisibilización de problemáticas y a la ausencia de análisis de las respuestas producidas. Menos aún nos permite hacer una lectura histórica de esos problemas, de su distribución en grupos poblacionales y de las intervenciones de las políticas públicas.

La dificultad que venimos planteando no es privativa de la ciudad de Rosario y de la provincia de Santa Fe. Precisamente el Plan Nacional de Salud Mental (2013) plantea como problemas y desafíos en Salud Mental el escaso desarrollo de la Epidemiología en Salud Mental; el insuficiente desenvolvimiento de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad

de la atención, ubicando como un objetivo prioritario la construcción de un sistema de información en Salud Mental:

Con relación a las áreas y sistemas de vigilancia epidemiológica, será un eje prioritario establecer criterios de registro y sistematización de los diagnósticos y las prácticas adoptadas por los equipos responsables del proceso de atención que se basen en normas y/o estándares validados, de modo tal, que permitan su comparación a nivel jurisdiccional, nacional e internacional. Plan Nacional de Salud Mental (2013; p. 30) (remarcado nuestro)

En el Glosario del citado Plan se define como **Sistema de recolección y análisis de información de Salud Mental y adicciones:**

Combinación de pautas, procedimientos y recursos para la obtención, registro, sistematización, procesamiento y análisis de la información destinada a la toma de decisiones y el diseño de las políticas públicas en salud mental y adicciones. En relación a los criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, y dado que el Artículo 16 del Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657 indica que "la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro (...)", la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones decide que, hasta no disponer de un sistema de clasificación propio y/o adaptado específicamente para nuestro país, se utilizará el sistema sugerido por la OMS (C.I.E. 10). Plan Nacional de Salud Mental (2013 Glosario; p.150)

Como venimos sosteniendo: las dificultades que los sistemas clasificatorios nos plantean a trabajadoras y trabajadores de Salud Mental se sustentan en críticas de orden epistemológico, metodológico y ético. No es el objetivo de la presente propuesta que las modalidades del padecimiento subjetivo con el que trabajamos cotidianamente devengan en cuadros nosográficos. La patologización del sufrimiento subjetivo y los modos en que las respuestas asistenciales "terapéuticas" justificaron un tratamiento desde un estado de "excepción" del sujeto en torno a sus derechos, retrasaron la posible discusión de qué registrar y para qué registrar.

¿Qué y cómo proponemos registrar?

"La elección de clasificaciones no es nunca neutra, sustenta la organización y la finalidad de los sistemas de salud"
(Mises, 1999; 105)

Hablar del padecimiento de un sujeto nos ubica en torno al orden de la singularidad, de aquello que precisamente no logra subsumirse (a condición de declinar del carácter de sujeto) en una categoría que necesariamente lo empareja a un universal. Categorías que, más allá de los refinamientos, apuntan a la producción de nosografías. No nos proponemos categorizar a un sujeto, sino más bien un acercamiento a la **caracterización de los padecimientos subjetivos** estableciendo relaciones con las condiciones de vida ligadas a las materialidades económica, social, simbólica que establecen algunos parámetros de ocurrencia de determinadas problemáticas y que nos permitan analizar las repuestas de los servicios de salud ante los sufrimientos atravesados/construidos:

- En el marco de problemáticas sociales epocales.
- En condiciones de inequidad crecientes.

La lectura que proponemos se plantea en tres dimensiones:

- caracterización de la demanda/del padecimiento subjetivo;
- problemas en salud pública;
- condiciones de inequidad.

De este modo creemos se podrá abordar una dificultad que atraviesa nuestra práctica: la de las relaciones entre los modos de estructuración de los lazos sociales en un momento histórico, las condiciones de la subjetividad y las modalidades del padecimiento singular. La dificultad que no queremos obviar es doble: por un lado, la que implicaría aislar el padecimiento mental de determinantes y condicionantes histórico-sociales, por el otro, no reducir dicho padecimiento a ellos.

Creemos que, en esta dirección, estamos dando pasos en torno al planteo del Plan Nacional de Salud Mental que retoma la LNSM y A:

En ese sentido, la Ley no hace mención a la expresión “enfermedad mental”, sino que se refiere a “personas con padecimiento mental”. De la misma manera, no utiliza la palabra “tratamiento”, sino “procesos de atención”. Se hace necesario, en esta instancia, recordar y comparar con el supuesto ideológico e institucionalizante de la psiquiatría de lógicas manicomiales, que separa un objeto ficticio, la enfermedad, de la integralidad de las personas y del tejido histórico-social en el que advinieron como tales y en el que surgieron sus problemas (2013; p.14).

Registro diario de consulta ambulatoria en el primer nivel de atención

En la Argentina, hacia fines de la década del 60 del siglo pasado, y como parte del Sistema Estadístico Nacional (Ley 17622/68), se creó el Sistema Estadístico de Salud (SES).

El SES está integrado por las áreas de estadísticas de los ministerios de salud de las provincias y la nación. Tiene por objetivos relevar y analizar la información relativa a hechos vitales (defunciones y nacimientos), utilización de servicios (atenciones ambulatorias e internación), recursos sanitarios y gasto en salud. Una de las funciones es generar acuerdos y unificar modos y criterios de registro.

En 2005 se propuso a nivel nacional un conjunto de datos exigibles para dar cuenta del proceso de atención. Estos datos se conocen como Conjunto Mínimo Básicos de Datos (CMBD). Para las atenciones ambulatorias, e independientemente del nivel de atención, disciplina y/o especialidad interviniente, el CMBD está conformado por los datos del establecimiento, la fecha de la atención, el/la profesional actuante, los datos filiarios del/la usuario/a del servicio, y los datos relativos a la atención (motivo de consulta y/o diagnóstico y tratamiento).

El Ministerio de Salud de Santa Fe en 2012, resolvió unificar el registro ambulatorio de que hacen al CMBD en un único instrumento: la Planilla Única de Consulta Ambulatoria o “Planilla Única”. Ello implica que toda atención ambulatoria, con independencia del tipo de establecimiento (centro de salud u hospital), lugar (guardia o consultorio), tipo de administración (municipal o provincial), disciplina profesional o

especialidad médica, y/o soporte material (papel o sistema informático), debe registrarse en “Planilla” (figura 1).

Las columnas de la “Planilla” admiten el CMBD: de la 1 a la 6, la identificación del establecimiento y profesional; de la 7 a la 13, los datos del/la paciente; de la 14 a la 18, datos de “controles” (peso, talla, etc.); y de la 19 a 23, los datos de la atención.

Una mención especial le cabe a estos últimos. Por un lado, la “Planilla” admite para un mismo paciente el registro de hasta 3 (tres) Diagnósticos o Motivos de consulta, tres Tratamientos, tres Practicas y tres Derivaciones. Por el otro, cada una de estas variables debe registrarse con los códigos propuestos por la Dirección General de Estadísticas. Para Diagnósticos se utilizan los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El uso de los mismos facilita el ingreso de los datos en los sistemas informáticos oficiales, como el Sistema Integrado de Salud de Rosario (SIRS) y el Sistema de Centros de Atención Primaria de la provincia (SiCAP), y mejor aún, el análisis consolidado de las atenciones.

La columna 20 está destinada a registrar si la atención es de Primera Vez (primera vez que el paciente es atendido por dicho diagnóstico); Ulterior (no es la primera atención por dicho diagnóstico); o Alta (el motivo de consulta o diagnóstico fue resuelto). Además de la importancia estadística del dato, su ausencia impide que la atención sea registrada en los sistemas informáticos oficiales.

El registro de las atenciones ambulatorias, según esta lógica, permite producir información de “agregados” como: perfiles de consultas, utilización de los servicios, tipos de respuesta, etc. En tal sentido, el registro sistemático de las atenciones ambulatorias permite construir una mirada epidemiológica a partir de los datos generados por la clínica.

En los siguientes capítulos se desarrolla la modalidad de registro correspondiente a:

- **Columna 19:** Diagnóstico o Motivo de Consulta, en sus tres EJES.
- **Columna 20:** Prácticas en Salud Mental.
- **Columna 21:** Tratamientos en Salud Mental.



Figura 1: "Planilla Ambulatoria"

PROVINCIA DE SANTA FE MINISTERIO DE SALUD DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA LAS HERAS 3359 - 3000 - SANTA FE							REGISTRO DIARIO DE CONSULTAS AMBULATORIAS						Página... de....			
(1) IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:									
LOCALIDAD:							NODO:									
(2) HORAS DE ATENCION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(3) FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(4) SERVICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(5) PROFESIONAL				(6) MATRICULA N°:						
DATOS FILIATORIOS DEL PACIENTE							CONTROLES				ATENCIÓN					
Nro legajo familiar (7) Nro HC individual (8)	Apellido (9a)	Nombre (9b)	Sexo (10)	Fecha Nacimiento (11)	Número documento (12)	Domicilio (13)	Peso (kg) (14)	Talla (cm) (15)	PC (cm) (16)	TA Máx Min (17)	FUM (18)	Diagnóstico o motivo de consulta (19)	Cons PIU/ A (20)	Práctica (21)	Tratamiento (22)	Derivación (23)
Información protegida por Ley N° 17.422/94 - Decreto S.188/96 - Secreto Estadístico.												Firma y sello profesional				

Referencias Bibliográficas:

Conjunto Mínimo Básicos de Datos (CMBD) aprobados para el nivel nacional y recomendados para el nivel jurisdiccional. Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS). Ministerio de salud de la Nación (2014). <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie1Nro14.pdf>

Dirección de Servicios de Salud. Dirección Provincial de Información para la Gestión: Mesa de Información de la SSP (2018) *Instructivo para el registro de Atenciones y Prácticas ligadas a la interrupción legal del embarazo (ILE) durante la atención ambulatoria*. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/235060/1237403/>

Ministerio de Salud de Santa Fe. Resolución 2319/2012. Registro Diario de Consultas Ambulatorias

Mises, R (1990) *Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente*, en Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil, n° 10. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia infantil y del adolescente. Madrid
Disponible en: <http://www.sepyrna.com/documentos/PSIQUIATRIA-10.pdf>

Plan nacional de Salud Mental (2013) Ministerio de Salud Nación
Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

Sistema Estadístico Nacional. Ley 17622/68 (Decreto Reglamentario 3110 /70)

Sistema Estadístico en Salud. Dirección de Estadísticas de Salud (DEIS). Secretaría de salud. Ministerio de salud y desarrollo Social. Presidencia de la Nación (2019). <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/ses-sistema-estadistico-de-salud/>

Capítulo II

Motivos de Consulta/ Diagnóstico EJES I, II y III

Proponemos poner en marcha un sistema de registro que permita visibilizar las recepciones que realiza salud mental en el marco de las consultas del primer nivel de atención. Esto posibilitará integrar el registro de salud mental al equipo del primer nivel, en el intento de producir una construcción común de los problemas de salud en las poblaciones atendidas.

Este registro (Planilla Única) no da cuenta de la totalidad de las prácticas que se realizan en el primer nivel de atención, o sea que sólo produce una aproximación a uno de los momentos en los procesos de atención: el ligado a la consulta diaria. La unidad de análisis es la Consulta y el registro está centrado en la/el usuaria-o. La información producida permitirá relevar trayectorias, circulación de pacientes en el sistema, intervenciones interdisciplinarias, analizar problemáticas en salud mental y condiciones de inequidad. Esta modalidad de registro está en sintonía con las propuestas de abordaje en la estrategia de atención primaria, considerando a la salud como un proceso social abierto con múltiples determinaciones y condicionamientos que incluye el sufrimiento subjetivo como parte de la construcción singular y colectiva de un grupo social en un momento histórico. La construcción de las subjetividades no es ajena a esos procesos en tanto productora, reproductora y producto de los mismos.

Las intervenciones de los equipos de salud forman parte de estos procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. No están al margen de los mismos y sus prácticas darán cuenta del modo en que se abordan los sufrimientos subjetivos con los que la población y las instituciones demandan a salud mental.

MOTIVO DE CONSULTA/DIAGNÓSTICO

Columna 19- Planilla Única

Aquí se incluye la posibilidad de registro de tres códigos. Proponemos abordarlos como tres dimensiones, estableciendo una lógica de registro para cada uno de los tres códigos en tres EJES:

- *EJE I: Construcción profesional respecto de la demanda en la consulta/respecto del padecimiento subjetivo.*
- *EJE II: Problemas de Salud Pública.*
- *EJE III: Inequidades.*

En la Planilla Única (Columna 19) se registrarán los códigos correspondientes a las tres dimensiones (Ejes I, II y III). El EJE I será consignado a propósito de cada una de las consultas, los EJES II y III podrán o no estar presentes. No toda consulta implica un Problema de Salud Pública o una Inequidad.

EJE I

Construcción profesional respecto de la demanda en la consulta/respecto del padecimiento subjetivo

Indica tanto una aproximación diagnóstica como el motivo de consulta. Proponemos abordarlo como una **"construcción profesional"** que se realiza como lectura del motivo de consulta e intenta aproximar un diagnóstico respecto del sufrimiento que el consultante refiere. Como plantea Liliana Baños "... cuando ponemos en juego el diagnóstico siempre se trata de una aproximación, un intento de cernir qué posición tiene el sujeto... (Baños, 2012; p 56) [...] la pregunta diagnóstica remite precisamente acerca del lugar al que puede advenir un Sujeto" (Baños, 2012; p 59) Resulta difícil ubicar estas hipótesis/construcciones en relación al CIE-10. Lo que nos interesa fundamentalmente es identificar aquellas modalidades de padecimiento subjetivos que nos permitan visibilizar "su actualidad y relevancia en el marco del proceso de atención y del proyecto terapéutico" (Grande y ot, 2013; s/p).

Aquí será necesario “aguzar” la lectura clínica que permita construir lo que consideramos más relevante de ese padecimiento en tensión con los otros dos EJES propuestos. Insistimos en la particular dificultad que se nos presenta: no se trata de una categoría psicopatológica, pero sí requiere de una lectura clínica para establecer aquello que se ubica como el padecimiento subjetivo de esta persona. Así, por ejemplo, si se trata de una consulta por consumo abusivo de sustancias, no sería el consumo mismo lo que nos permitiría caracterizar el sufrimiento subjetivo de quien consulta. En este caso interesa ubicar qué lugar tiene el consumo para esta persona, singularizando este “problema”. Puede tratarse de un modo de “afrontar” la actualización de situaciones históricas traumatizantes, pérdidas, abandonos o de un sufrimiento ligado a la psicosis. Interesa aquí acordar cómo lo registraríamos de modo tal que el sufrimiento subjetivo no invisibilice la problemática social del abuso, maltrato o consumo pero que tampoco el problema social “tape” la singularidad del sufrimiento subjetivo y los abordajes que creemos necesario implementar/facilitar. Quizás en un primer momento el código seleccionado aparezca más ligado a la identificación de un síntoma o un signo (por ejemplo: encopresis, alucinaciones, inquietud) como manifestación de un proceso de sufrimiento subjetivo.

Motivos de Consulta en EJE I (Construcción profesional respecto de la demanda en la consulta)

En las primeras consultas suele resultar difícil establecer una aproximación diagnóstica porque precisamente la misma se realizará en el marco del trabajo de entrevistas. Para esta situación se puede recurrir al Capítulo XVIII de la CIE-10 (**Síntomas, signos...**). Ver capítulo XI de este documento.

La CIE-10, aborda en su capítulo V los Trastornos mentales y del comportamiento. En otro de sus capítulos (Capítulo XXI) sobre Factores que influyen en el estado de salud o la necesidad de contacto con los servicios de salud (Códigos Z) se describen situaciones relacionadas con cuestiones vitales cotidianas que producen malestares y discapacidades que nos permiten ubicar **motivos de consultas habituales** a salud mental.

Diagnóstico en EJE I (Construcción profesional respecto del padecimiento subjetivo)

Ya hemos adelantado la dificultad de orden político-ética con la que nos confronta el diagnóstico, refiriendo la contradicción que nos plantea respecto del marco de la LNSM y A. En este primer EJE se trata de ubicar una aproximación diagnóstica en referencia a la perspectiva clínica del padecimiento singular de quien está consultando. El capítulo V (Trastornos Mentales y del Comportamiento) es el clásicamente utilizado para el registro en Salud Mental en la CIE-10.

Si bien utilizaremos los Códigos propuestos por la CIE-10, queremos explicitar que los diagnósticos privilegian **referir a procesos de estructuración psíquica y no entidades patológicas** (Ausburguer, 2004). Los códigos propuestos podrán incluir tanto:

enfermedades sensu stricto como problemas del individuo (codificados de acuerdo a los Códigos Z de la CIE-10), cuando, sin ser enfermedad, se hacen prominentes para la condición del paciente porque representan factores de riesgo o requieren atención clínica de manera expedita (GLADP, Guía Latinoamericana, 2004; p.42).

Tal como lo plantea Galende (2015) no se trata de considerar el malestar subjetivo como síntoma de un trastorno. Esta categoría que propone la CIE-10 para "trascender" lo exclusivamente patológico, termina diseminándose en todos los códigos y nos hace correr el riesgo de patologizar todas las modalidades de sufrimiento. Para Galende tomar el malestar subjetivo como síntoma de un trastorno nos confronta con la norma,

¿Cuál es la medida de la ansiedad normal? ¿Cuánta tristeza y decaimiento de un duelo debe mostrar el sujeto para considerarlo como "depresión"? ¿Cuál es la medida admitida por la euforia y los momentos de tristeza y decaimiento para entrar en la bipolaridad? ... ¿Qué es lo normal hoy en las formas de pareja y matrimonio? (Galende, 2015; p. 90)

En el proceso de revisión de las clasificaciones nos ha sido de gran utilidad revisar la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales (CFTMEA R- 2012 /CFTM R-2015) ya que tiene puntos de coincidencia con las lógicas de formación y de las prácticas locales, permite sostener una lectura más cercana a la clínica en la condición del sujeto y no sólo la

identificación de signos y síntomas. Esta clasificación establece la correspondencia con los códigos del Capítulo V de la CIE-10. También ha sido un aporte la revisión que propone la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP, 2004). Tal como se plantea en Otero, Saavedra y ot *“No se trata de volver a la situación caótica de clasificaciones aisladas, sino de atender realidades y necesidades locales mediante ordenadas adaptaciones nacionales o regionales de un estándar internacional”* (2010; s/p).

La GLADP se inspiró fuertemente en los preceptos epistemológicos del español Pedro Laín Entralgo quien señaló, acertadamente, que el diagnóstico es más que la identificación de una enfermedad (diagnóstico nosológico) o la distinción entre una enfermedad y otra (diagnóstico diferencial) sino que el diagnóstico es una operación más compleja que pretende arribar a una comprensión integral de la unidad psicosomática que constituye la persona que consulta. A tal fin deben tomarse en consideración, no solamente, los criterios diagnósticos operacionales y la descripción de la conducta anormal, sino también, y muy especialmente, los aspectos culturales y sociales de la vida del paciente. (Barukel, Stolkiner, 2018; s/p).

Apuntamos a establecer algunos criterios que podrían colaborar en la selección de códigos evitando la dispersión que la atomización de los diagnósticos por la vía de los signos y síntomas produce y en los cuales se diluyen los criterios clínicos en función de una descripción.

En los Capítulos IV y V desarrollamos los Instructivos correspondientes para el EJE I en población Infantil y Adolescente y en población Adulta (con definiciones) y en los capítulos VII y VIII proponemos una selección y ordenamiento de los códigos a utilizar. Recordamos que en los sistemas informáticos utilizados se encuentran todos los códigos existentes en la CIE-10 y los creados según necesidad sanitaria de esta gestión provincial o sea que las posibilidades de codificación exceden este compilado.

Para tener en cuenta en el registro de Motivos de Consulta y Diagnóstico (EJE I)

Una situación bastante habitual en la consulta a salud mental es la de la **persona que consulta en nombre de otra persona**. Por ejemplo una mujer que consulta por estar preocupada por el consumo de su pareja o porque su hija-o tiene problemas escolares. En este caso en el primer código se registra **Z 71.0** (Persona que consulta por otra persona) y se

trata de una consulta de primera vez. En el caso (también frecuente) que en las consultas posteriores se defina que la persona consultante queda en entrevistas-tratamiento, allí se registrará el mismo nombre de la mujer consultante y se cargará nuevamente "primera vez" (porque se tratará de un nuevo motivo de consulta).

En el caso de consultas por **Violencia, Abuso sexual**, podría haber dos formas de presentación de las mismas:

1) ligada al motivo de consulta (en una situación aguda). En este caso se utilizan los Códigos T en el Primer Código²:

T 74.1: Abuso físico -síndrome de la esposa-o maltratada.

T 74.2: Abuso sexual.

T 74.3: Abuso psicológico.

T 74.8: Otros síndromes de maltrato (Formas mixtas)

T 74.9: Síndrome de maltrato (no especificado) incluye efecto del abuso en el adulto o niño.

T 74.4 (ya creado): Violencia entre pares.

2) cuando el motivo de consulta es otro (angustia/ansiedad/insomnio) y en el transcurso de entrevistas se reconstruye situaciones de abuso/maltrato. En este caso estas situaciones se registrarán en un segundo código como problemas de salud pública.

EJE II

Problemas de Salud Pública

Indica los **problemas que consideramos prioritarios** visibilizar como colectivo de trabajadoras y trabajadores en función del establecimiento de políticas públicas. Estos problemas pueden o no estar presentes en el registro del Primer EJE, ya que puede que no constituyan en sí mismos el motivo de consulta ni la aproximación diagnóstica respecto del sufrimiento del sujeto que demanda. No obstante, deben ser consignados

² En este caso se obvia el segundo código como problema prioritario y se colocaría en su lugar la causa externa correspondiente como se especifica más adelante.



ya que su emergencia constituye un verdadero "síntoma social". Por ejemplo una mujer consulta por diversos trastornos ligados a angustia persistente, dificultades en el sueño y dolores corporales inespecíficos. En el transcurso de las entrevistas se reconstruye una situación de duelo por la pérdida de un familiar. En entrevistas posteriores aparece el relato de violencias históricas/actuales. Si bien el motivo de consulta, la construcción profesional, la aproximación diagnóstica podrían establecerse en torno a "proceso de duelo", en el segundo EJE se debería hacer constar: Situación de violencia, abuso/actual, histórico.

Los Problemas aluden a los padecimientos sobre los que debemos intervenir, visibilizan grupos poblacionales en los que las condiciones de ejercicio de derecho no están garantizadas y que por lo tanto requieren de la efectivización de políticas públicas que viabilicen lo establecido por los marcos legales. Se trata de aquello que en el marco de largas luchas hemos definido como sociedad que debe ser garantizado para sostener un piso de ciudadanía. Como trabajadoras y trabajadores debemos aportar a dimensionar la magnitud de estos problemas que constituyen prioridades en el diseño de políticas públicas. La existencia de las legislaciones no implica garantía de cumplimiento de los derechos concernidos, se trata de procesos históricos en donde se deben producir verdaderos "cambios culturales" para la efectivización de derechos. En esa dirección implica también modificaciones en los procesos de trabajo en salud, cambios institucionales y el fortalecimiento de prácticas respetuosas de los derechos de la población.

Considerarlos como problemas implica subrayar el carácter complejo de los mismos, ligados a condiciones histórico-sociales que plantean modalidades de subjetivación, de construcción de alteridades y que por lo tanto establecen modos relacionales, formas de intercambios sostenidas desde las modulaciones del lazo social. No podemos reducir la problemática del consumo o de la violencia de género a la condición subjetiva (diagnóstico) de cada uno de los consultantes.

¿Cuáles son los problemas en salud pública que consideramos necesario registrar, siguiendo lo que más arriba planteábamos: la tensión entre "síntoma singular y problema social"?

A continuación ofrecemos aproximaciones para la definición de los Problemas identificados colectivamente. Para ello, y tal como lo venimos planteando, en muchos de ellos se hace referencia a los marcos legales.

1) Consumos

El Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley 26.934, 2014) establece en sus artículos:

Artículo 2° - A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Artículo 9° - Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la [ley 26.657](#) (Ley 26.934, 2014)

2) Problemas del desarrollo

Nos interesa visibilizar los Problemas de Desarrollo Infantil. Los definimos como tales cuando el niño/a presenta dificultades en las operaciones subjetivas constitutivas. Esto conlleva un severo obstáculo para el desarrollo de las funciones yoicas que dificultan experiencias de aprendizaje y de juego. En el primer código se ubicará el motivo de consulta o la aproximación diagnóstica. Se podrá utilizar un código que puede ser descriptivo (por ejemplo: trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales) o una aproximación diagnóstica en torno a las operaciones subjetivantes (procesos de estructuración psíquica). En este segundo código queremos revisar estos problemas, que más allá de los cuadros clínicos específicos comprometen las posibilidades de realización y futura autonomía en niños y niñas y que por otra parte requieren de intervenciones específicas y oportunas y de dispositivos adecuados para garantizar equidad.

3) Problemas relacionados con embarazo

3.1 – Interrupción Legal del Embarazo

El colectivo Cotidiano Mujer (2008) plantea:

Causal salud: entendida como situación extrema de afectación de la salud

“La causal salud es uno de los supuestos de permisión legal para la interrupción del embarazo consagrados en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Esta causal se refiere a la posibilidad de la interrupción del embarazo cuando éste pone en riesgo la salud de la mujer (p. 15).

De esta interdependencia entre los derechos, se deduce que el derecho a la protección de la salud implica más que el mantenimiento de la vida en un sentido biológico, y que esta se relaciona con el bienestar, con los determinantes sociales de la salud y con el proyecto de vida elegido por cada mujer (p.16).

...la afectación de la salud o el riesgo para la salud, no se puede entender sólo como el riesgo de morir, sino que, en aras de una interpretación amplia e integral, se debe dirigir a evitar la consolidación de la enfermedad y, más aún, a detectar todos los factores de vulnerabilidad que pueden presentarse (posibilidad) durante cualquier etapa de la gestación. La presencia de estos factores de riesgo determina la factibilidad legal de una interrupción del embarazo cuyo propósito último sea proteger la salud de la mujer. Estos factores de riesgo/vulnerabilidad se derivan de las distintas dimensiones de la salud y no de una sola de ellas (tradicionalmente la física) ni tampoco, necesariamente, de la conjunción de las tres. Evitar los riesgos implica también la preservación del bienestar, incluida la no interferencia para impedir la ILE.

Por su parte, **la afectación de la salud mental** incluye, entre otras cosas, situaciones como la violación, la existencia de malformaciones fetales graves, las angustias derivadas de circunstancias sociales y económicas adversas; todas, situaciones que pueden afectar la salud de las mujeres física y mentalmente. Es decir, que la salud mental no se afecta solamente cuando se presenta un trastorno mental severo o una discapacidad absoluta, sino que incluye también el dolor psicológico o el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima. Por último, una de las facetas que expresa una afectación de la **salud**, en su dimensión social, es el **proyecto de vida.**” (p.16).

En Santa Fe las mujeres acceden a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) mediante a un protocolo vigente desde el año 2012 al cual adhirió la provincia. El mismo fue elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, mediante la resolución provincial N° 612, con sus posteriores modificaciones. De este modo, el gobierno provincial garantiza el acceso a

esta práctica dentro del marco legal y a través de la red que posee el sistema de salud pública (Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe, 2018).

La Municipalidad de Rosario promulgó la Ordenanza 9738/2017.

Artículo 1º: Establécese un Protocolo de Atención Integral para las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo': según lo establecido en el Artículo 86 incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación. Según el cual las prácticas médicas comprendidas en el presente "Protocolo de Atención Integral para las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo" deberán realizarse garantizando que la persona no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento en base a información veraz, adecuada y completa respetando la intimidad y autonomía; garantizando la provisión de insumos anticonceptivos; como así también los establecimientos de salud deberán ofrecer asistencia en salud mental antes y después de la intervención, siempre que sea requerida por la paciente. Dicha asistencia deberá extenderse al representante legal o al grupo familiar afectado, si correspondiere (Concejo Municipal de Rosario, 2017).

3.2- Embarazo de niña menor de 15 años

Se trata de una población prioritaria por dos razones: por un lado a causa de la gravedad y magnitud de los embarazos forzados que son producto de abusos sexuales en la Argentina; y por el otro, porque esta problemática no siempre está contemplada en los protocolos existentes en las provincias (UNICEF, 2018; Introducción).

Dadas las altas tasas de fecundidad de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años, producto de situaciones abusivas (...) uno de los objetivos estratégicos (es) el fortalecimiento de políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual hacia la niñez y la adolescencia y para el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el marco de la normativa vigente (UNICEF, 2018; p 8).

A los impactos de los abusos sexuales hacia niñas y adolescentes debe agregarse el riesgo de embarazo y el embarazo forzado. De ahí la importancia de una intervención que tiene distintas y complementarias funciones: detener la situación abusiva y proteger a las víctimas; mitigar su impacto a través de medidas y cuidados preventivos o terapéuticos en relación a los daños físicos y psíquicos; garantizar el acceso a la interrupción de los embarazos forzados; prevenir nuevos abusos; y reparar a través de medidas destinadas a resarcir a las víctimas de los daños producidos a su integridad, a su dignidad, al sentido de justicia. (UNICEF, 2018; p 18-19).

3.3- Embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales

Las embarazadas constituyen una población particularmente vulnerable en la que las problemáticas sociales aumentan el riesgo de morbimortalidad en ellas y en sus bebés. Las condiciones de vida, las características de la constitución del grupo familiar, las condiciones laborales aumentan, cuando no generan, esos riesgos.

4) Violencias

4.1 - Violencia de género

Si bien la violencia de género refiere a modalidades de violencia patriarcal y son diversas, daremos prioridad en este momento y en función de las demandas planteadas al registro de situaciones de Violencia contra la mujer

La violencia física o sexual es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013)

Violencia contra la mujer

Ley 26485 (2009) Protección Integral Para Prevenir, Sancionar, Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que se Desarrollen sus Relaciones Interpersonales:

Artículo 4º – Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Artículo 5º – Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
- d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Artículo 6º – Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;
- b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;
- c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que

obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

4.2 - Maltrato infantil

Ley 26.061. Ley de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (2005)

Artículo 9° - Derecho a la dignidad y a la integridad personal. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas en desarrollo; a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante, intimidatorio; a no ser sometidos a ninguna forma de explotación económica, torturas, abusos o negligencias, explotación sexual, secuestros o tráfico para cualquier fin o en cualquier forma o condición cruel o degradante. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a su integridad física, sexual, psíquica y moral. La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley. Los Organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral para niñas, niños y adolescentes (Ley 26061, 2005).

"Consideramos maltrato infantil cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un menor, ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño." (Fuster y Ochoa, 1993; s/p).

El maltrato a la infancia puede producirse en diferentes contextos (violencia en las aulas, maltrato entre iguales, violencia ejercida por personas ajenas a la familia del menor).

Consideramos importante en el registro del maltrato tener en cuenta que puede presentarse de diversos modos en los servicios de salud:

Maltrato infantil agudo: cuando el niño/a ingresa al servicio de salud como consecuencia del episodio de maltrato.

Maltrato infantil en el presente: cuando en el transcurso de entrevistas/tratamiento se ponen de manifiesto situaciones de maltrato.

Maltrato infantil histórico: se trata de una situación en donde el maltrato no es actual pero la/el adulta/o o adolescente lo refiere como habiendo sido una experiencia en su infancia.

4.3 - Abuso sexual infantil (ASI)

Abuso sexual son todos los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño, que por su condición de tal carece del desarrollo madurativo, emocional y cognitivo para dar consentimiento a la conducta o acción en la cual es involucrado. La habilidad para enredar a un niño en estas actividades se basa en la posición dominante y de poder del adulto en contraposición con la vulnerabilidad y la dependencia del niño (Sgroi (1982) en UNICEF, 2015; p 25).

Hilda Marchione plantea que "comprende desde conductas de exhibicionismo, impudicia con menores, violación, perversiones, explotación sexual" (Marchiori, en Giberti, 2015 ; p 36).

Cuando el consentimiento no existe o no es válido, cuando el menor de edad tiene 15 años o menos y la otra persona 19 años o más, o cuando hay

una diferencia de 5 años entre la persona mayor y la víctima... La definición de abuso sexual también engloba determinadas conductas o comportamientos sexuales en las que no media contacto físico alguno entre el adulto y el menor de edad. Un adulto que duerme en la misma cama con el niño/a cuando el niño/a, el adulto o ambos experimentan estimulación sexual; conversaciones, miradas seductoras a un menor de 18 años por los padres u otras personas que tienen poder sobre él y cuando dicha charla borra fronteras generacionales o personales; permitir o forzar al niño/a a observar películas o material pornográfico; inducirlo a posar para fotografías sexualmente sugerentes o tener relaciones sexuales con otros (Berlinebleau, en Giberti, 2015. p 34)

De Paul Ochotorena y Arruabarena Madariaga (1996) destacan tres factores que resultan útiles para diferenciar las prácticas sexuales abusivas: la asimetría de poder, la asimetría de conocimiento y la asimetría de gratificación.

- Una asimetría de poder puede derivar de la diferencia de edad, roles, fuerza física y/o de la capacidad de manipulación psicológica del abusador de modo que NNA son colocados en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Puede, además, darse conjuntamente con una fuerte dependencia afectiva (por ejemplo, en la relación paterna) que hace aún más vulnerable a la víctima.
 - Una asimetría de conocimientos. El abusador en general cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual.
 - Una asimetría de gratificación. El abusador sexual actúa para su gratificación sexual. Aun cuando intente generar excitación en la víctima, siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima.
- ... No existe consentimiento cuando se impone una conducta por el ejercicio de poder (UNICEF, 2018; p 15).

Puede ser:

Abuso sexual infantil agudo cuando el niño/a o adolescente ingresa al servicio de salud como consecuencia del episodio de abuso.

Abuso sexual en el presente cuando en el transcurso de entrevistas/tratamiento se ponen de manifiesto situaciones de abuso.

Abuso sexual infantil histórico. Si bien el abuso no es actual pero la/el adulta/o o adolescente refiere haber sufrido esa experiencia en su infancia.

4.4 - Violencia entre pares

Se trata de situaciones en las cuales la violencia se expresa por agresiones de diversas características que pueden ir desde las peleas callejeras, confrontaciones entre “bandas”, abusos físicos de distinta intensidad, modalidades de persecución, amenazas, provocación, destrucción de la propiedad. El llamado bullying escolar no es considerado violencia entre pares al tratarse de una problemática que se produce en el ámbito de una institución y del funcionamiento de ordenamientos que debieran incidir sobre la misma.

4.5 - Violencias institucionales

... al hablar de violencia institucional nos referimos a situaciones concretas que involucran necesariamente tres componentes: prácticas específicas (asesinato, asilamiento, tortura, etc.), funcionarios públicos (que llevan adelante o prestan aquiescencia) y contextos de restricción de autonomía y libertad (situaciones de detención, de internación, de entrenamiento, etc.).

Así llegamos a una primera definición que sirve para delimitar aquellas formas más graves que puede adoptar el accionar de los funcionarios públicos: se trata de prácticas estructurales de violación de derechos por parte de funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios y efectores de salud en contextos de restricción de autonomía y/o libertad (detención, encierro, custodia, guarda, internación, etc) (Perelman y Tufro, 2017; p.9).

Puede presentarse como agudo o constatarse en la historia de la persona.

4.6 - Intervenciones estatales vulnerabilizantes

Al identificar este problema de Salud Pública nos estamos refiriendo a aquellas situaciones en donde frente a la ausencia de cumplimiento de derechos, de abierta lesión de derechos en niños/as y adolescentes y en adultos/as, donde corre riesgo su integridad, la consecuente intervención por parte de los organismos responsables (de garantizar la protección necesaria) produjo-produce un mayor sufrimiento, revictimización y desorganización subjetiva por exposición a situaciones que repiten historias de arrasamiento subjetivo o por propiciarlas (por acción u omisión).

Giberti (2015) se pregunta cuál es la relación entre los procedimientos de protección, los que se intentaron e intentan, aquello que se logra y la victimización de niños, niñas y adolescentes.

4.7- Violencia por desprotección estatal

Se trata de situaciones en donde si bien no hubo una acción del estado directa como en 4.6 podemos considerar que hubo o hay una "omisión" de parte de los responsables de intervenir para evitar situaciones de grave desprotección (situación de calle, exposición a "desastres naturales": inundaciones, desplazamientos territoriales por violencia de redes de narcotráfico).

5. Intentos de Suicidio

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial.

"El suicidio es un acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal. El intento de suicidio es un acto no fatal de auto destrucción a menudo con el propósito de movilizar ayuda. La conducta suicida ha sido mundialmente reconocida como un importante problema de salud pública" (OMS, 2006; p 6).

El suicidio es definido por la (OMS, 1976) como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil" (Brooke, 1976).

La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo, cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad. 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. Se considera intento de suicidio a toda acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal (Ministerio Salud de la Nación, 2013; p 7).

6. Problemas relativos a la desafiliación

Se trata de consultas a salud mental generalmente graves, relacionadas a situaciones de encierro, autolesiones, errancia. La desafiliación hace referencia a un doble proceso no sólo social (donde puede haber situaciones de pérdida de recursos que han sido logrados en otro momento) sino también a aquellas condiciones en donde aún cuando no se trate de una exclusión social hay un aislamiento del grupo familiar con cortes significativos en las historias y dificultades en "hacer lugar", producir una inscripción hacia alguno de los integrantes.

La cultura (obra humana-humanizante) como orden simbólico (con sus prohibiciones fundamentales: asesinato, incesto) requiere de un trabajo de transmisión y el lazo social será el sostén de ese trabajo que cada grupo deberá realizar para ligar a los recién llegados. La filiación implica la asimetría generacional, el don del tiempo y la alteridad que permite que las marcas de pertenencia no se resuelvan en apropiación. La filiación es un trabajo de "invertir vida" (Legendre,1996), pero es justamente por ello el lugar donde se puede desmentir ese trabajo de cultura, cuando las legalidades quedan en suspenso y el desamparo atenta contra la simbolización.

7. Discapacidad

La Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (2006) plantea que:

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás,

k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,

Artículo 1: Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 31 Recopilación de datos y estadísticas 1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención.

Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (2006)

8. Problemas alimentarios

La Ley 26.396. Trastornos Alimentarios (2008) plantea en su Artículo 1º:

Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

En este marco se recomienda el registro de las situaciones de obesidad y desnutrición.

En el **Capítulo IX** se propone una selección de Códigos para Problemas en Salud Pública (EJE II)

EJE III:

Inequidades

Este eje se propone visibilizar las **condiciones de inequidad**. Partimos de considerar que la complejidad de las situaciones abordadas está dada por la magnitud de derechos no garantizados o directamente violentados. "...la equidad se plantea como el concepto más importante para orientar las políticas de salud" (Spinelli, 2004; p. 248). La equidad está relacionada con los conceptos de justicia social y nos permite reubicar claramente cómo lo "social" no es mero componente o variable de una sumatoria que daría un potencial resultado: la salud. La desigualdad social ha sido uno de los núcleos centrales en los desarrollos de la Medicina Social Latinoamericana para abordar los diferenciales en la mortalidad y en los procesos de salud/enfermedad refiriéndolos a las pertenencias de clase social, género, los patrones de desgaste/consumo en los procesos de trabajo, las modalidades de ocupación de los territorios, la historicidad de procesos que producen mayor inequidad. Las condiciones de reproducción social de sectores poblacionales por debajo de los umbrales

mínimos requeridos ha colocado como prioritario el tema de la Inequidad. Se llega hoy a hablar en términos de iniquidad, ya no sólo haciendo referencia a la injusta distribución de los capitales sociales.

La inequidad corresponde a inequidades que, además de ser evitables e injustas, son indignas, vergonzosas, resultantes de la opresión social (segregación, discriminación, persecución) en presencia de diversidad, desigualdad, diferencias o distinción. Se trata de la ausencia extrema de equidad, producto del efecto de estructuras sociales perversas y del ejercicio de políticas inicuas, generadoras de desigualdades sociales éticamente inaccesibles”³ (Almeida Filho, 2010: 30).

“La dimensión de la desigualdad en salud constituye una cuestión bioética fundamental. En esa perspectiva, distinguir inequidad de iniquidad no expresa un mero ejercicio semántico. Significa introducir, en el proceso de teorización, pretendidamente neutro e impersonal, elementos de indignación moral y política. Tomar como referencia sólo la dimensión de justicia, en la esfera de la equidad (y de su opuesto, la inequidad) parece insuficiente en lo que dice respecto del tema de la dignidad humana. La protección de los derechos básicos de un criminal o las garantías de las prerrogativas jurídicas de un sospechoso de corrupción son ciertamente una cuestión de equidad, puesto que evoca el fundamento democrático de justicia igual para todos. Entretanto, una muerte infantil por desnutrición, una negación de cuidado por razones mercantilistas o una mutilación devenida por violencia racial o de género conforman elocuentes ejemplos de iniquidad en salud” (Almeida-Filho, 2010; 31)⁴

³ *Iniquidade: corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se de ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis (2010 p.30) Naomar Almeida-Filho*

⁴ *A dimensão da desigualdade em saúde constitui uma questão bioética fundamental. Nessa perspectiva, distinguir inequidade de iniquidade não expressa um mero exercício semântico. Significa introduzir, no processo de teorização, pretendidamente neutro e impessoal, elementos de indignação moral e política. Tomar como referência apenas a dimensão da justiça, na esfera da equidade (e do seu oposto, a inequidade) parece insuficiente no que diz respeito ao tema da dignidade humana. A proteção dos direitos básicos de um criminoso ou a garantia das prerrogativas jurídicas de um suspeito de corrupção é certamente uma questão de equidade, posto que evoca o fundamento democrático de justiça igual para todos. Entretanto, um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero conformam eloquentes exemplos de iniquidade em saúde (p: 31).*

Ubicamos las siguientes condiciones de inequidad:

- Analfabetismo
- Accesibilidad educativa y exclusión escolar
- Migración, desarraigo, interculturalidad
- Otras situaciones de discriminación
- Pérdida/precariedad laboral
- Problemas relacionados con el ambiente físico
- Acceso a la vivienda
- Exclusión social
- Trabajo Infantil
- Ausencia/ insuficiencia de dispositivos sustitutivos
- Situación legal, jurídica y/o de la seguridad social
- Problemáticas relacionadas con la situación de privación de libertad

Para el registro de condiciones de inequidad se pueden consultar selección de códigos propuestos en el **Capítulo X**

ESTADOS DEL DIAGNOSTICO:

Pueden presentarse tres estados:

- Diagnóstico de primera vez: primer registro de esa problemática para ese beneficiario en el efector independiente del período
- Diagnostico ulterior: registros subsecuentes de ese problema para ese beneficiario en el efector.
- Diagnostico alta: cierre del seguimiento por este problema en particular. El problema está resuelto en esta oportunidad. Pueden seguir activos otros problemas por lo que sigue consultando.

Si se trata de una consulta que se produce luego de una interrupción se identificará si el motivo de consulta continúa siendo el mismo: "ulterior"; cuando el motivo de consulta ha variado respecto a las consultas anteriores será de "primera vez".

Recordar que en caso de registrar en SISR se podrá consignar también Primera o Ulterior en los tres códigos; si se registra en SICAP se consignará primera vez o ulterior al motivo de consulta principal o primer código.

Referencias Bibliográficas:

Almeida Filho, N (2010) *A problemática teórica da determinação social da saúde* en *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitaria*. Organizador: Roberto Passos Nogueira. Río de Janeiro:Centro Brasileiro de Estudios de Salud (Cebes).

Amarante, P y Guimarães Torre E (2010) *Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas* en *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Río de Janeiro: Cebes

Augsburger, AC (2004) *La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología*. *Psicologia & Sociedade*; 16 (2): 71-80.

Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>

Recuperado: 3/01/19

Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a Revisión (1995) Washington DC: OPS

Clasificación francesa de los trastornos mentales del adulto. CFTM R-2015 (2017) Buenos Aires: Editorial Polemos 5ª Edición.

Concejo Municipal de Rosario (2017) Ordenanza 3798.

Disponible en:

<https://www.rosario.gob.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=146480>

Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (2006)
Naciones Unidas

Disponible en: servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.html

Recuperado: 11/10/2017

Cotidiano Mujer (2008) *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir* Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos.

Disponible en:

www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/151

www.andar.org.mx

www.despenalizaciondelaborto.org.co

Galende, E (2015) *Conocimiento y prácticas en Salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial

García Fuster y Musito Ochoa (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Ministerio de Asuntos Sociales. España.

Disponible en: www.psicothema.com/psicothema.asp?id=989

Giberti, E (2015) *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes*. Argentina: Noveduc

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP (2010)

Disponible en: <http://psicolog.org/la-gua-latinoamericana-de-diagnostico-psiquitrico-y-su-proceso.html>

Legendre, P. (1996). *El inestimable objeto de la transmisión. Estudio sobre el principio genealógico en Occidente*. París, Fayard-México: Siglo XXI

Ley 26.061. *Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Boletín Oficial de la República Argentina. Argentina, 26 de octubre de 2005.

Disponible en:

https://www.oas.org/.../Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas...

Recuperado: junio 2017

Ley 26.396. *Ley de Trastornos Alimentarios*. Boletín Oficial de la República Argentina. Argentina, 3 de septiembre de 2008

Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/144033/norma.htm>

Recuperado: octubre 2018

Ley 26.485. *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Boletín Oficial de la República Argentina. Argentina, 1 de abril de 2009.

Disponible en:

https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf

Recuperado: octubre 2016

Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones*. Boletín Oficial de la República Argentina. Argentina, 3 de diciembre de 2010

Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>

Ley 26934 *Plan Integral para el Abordaje de los consumos problemáticos*. Boletín Oficial de la República Argentina. Argentina, 29 de mayo de 2014.

Disponible en:

servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=230505

Ministerio de Salud de Nación (2013) *Guía Clínica de recomendación para la atención del Intento de suicidio en adolescentes*. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/index.php?option=com_bes_contenidos

Recuperado: 15/09/17

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2018) Página web

Disponible en:

<https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/262466/>

OMS (2006) *Prevención del suicidio, un instrumento en el trabajo*
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Manejo de
Trastornos Mentales y Cerebrales Organización Mundial de la Salud
Ginebra. Disponible en:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf

Recuperado: octubre 2017

OMS (2013) Informe: *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia*
contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la
violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra. Disponible en:

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/. Recuperado: febrero 2019

OMS (2013) *Reporte de prensa: Estimaciones mundiales y regionales de la*
violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y
de la violencia sexual no conyugal en la salud, Ginebra

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

Recuperado: febrero 2019

Otero, Saavedra y ot (2010; s/p) *La Guía Latinoamericana de Diagnóstico*
Psiquiátrico y su Proceso de Revisión. Disponible en:

<http://psicolog.org/la-gua-latinoamericana-de-diagnostico-psiquitrico-y-su-proceso.html>.

Recuperado: febrero 2019

Perelman, M y Tufro, M (2017, p.9) *Informe del CELS: Violencia*
Institucional. Tensiones actuales de una categoría política central. Centro
de Estudios Legales y Sociales. Argentina.

Disponible en:

www.cels.org.ar/common/Violencia%20institucional_Perelman_Tufro.pdf



Saraceno, B (2009) *Conferencia Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados* (Versión taquigráfica) Disponible en: <http://www.villaverde.com.ar/es/docencia/seminario-sobre-salud-mental-y-capacidad-juridica-ley-26657-y-reforma-del-c-digo-civil/>
Recuperado: marzo 2016

Spinelli H, compilador (2004) *Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad; Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial

UNICEF (2015) *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef Uruguay Fiscalía General de la Nación Centro de Estudios Judiciales del Uruguay, ceju. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf

UNICEF (2018) *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje interinstitucional*. Plan nacional de prevención del embarazo no intencional en la adolescencia. Dirigido por Silvia Chejter. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-11/AbusoSexual%2BAnexoM%C3%A9dico_Digital_Nov2018.pdf

Zaldúa, G (2012) *Algunas consideraciones sobre epidemiología en Salud mental. Constricciones epistémicas del estado de la cuestión: interrogaciones y reconstrucciones en Epistemes y Prácticas de Psicología Preventiva*. Buenos Aires: Eudeba

Capítulo III

Prácticas y Tratamiento

En el presente capítulo abordamos las definiciones de Prácticas y Tratamientos en Salud Mental.

Como ya lo hemos explicitado esto permitirá aunar criterios para realizar el registro Diario de Consulta Ambulatoria (**Planilla Única**) en las **Columnas 20 y 21**.

Partimos de considerar que la Salud Mental es (tal como lo plantea la LNSM y A) en su artículo 3:

“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (2010).

Esta definición que aborda el objeto de la salud mental tanto en términos de proceso como en relación a los componentes hace que consideremos los problemas en salud mental como complejos (Testa, 1997). Las estrategias de abordaje de los padecimientos subjetivos nos confrontan con esa complejidad.

Siguiendo las definiciones de la LNSM y A 26657 no hablamos en términos de enfermedad mental sino de personas con padecimiento mental, interesándonos en realizar el distingo necesario para establecer una mirada de los tratamientos en relación a los procesos de atención.

Entenderemos como **Tratamiento** las modalidades que nos proponemos en torno al desarrollo de un Proyecto Terapéutico Singular.

“la construcción del Proyecto Terapéutico Singular busca combinar la discusión y la organización de la atención clínica desde una perspectiva interdisciplinaria, en equipos multiprofesionales; singularizar las intervenciones según las características de cada caso; involucrar al usuario en la toma de decisiones y estimular el autocuidado” (Souza Campos, 2010; p. 167).

Se trata de definir la estrategia con la que nos proponemos afrontar la situación de padecimiento subjetivo. Así, frente a una demanda por padecimiento mental, luego de una evaluación interdisciplinaria de equipo de referencia, estaremos en condiciones de construir un proyecto terapéutico.

Pareciera que cada caso, cada momento de intervención requiere un proyecto para construir a partir de la diversidad de ese otro, y se observa la necesidad de la palabra, su comprensión y explicación del problema como forma de aproximación a la "verdad" de éste. Las problemáticas sociales complejas exceden las respuestas típicas de las instituciones, dado que éstas fueron construidas dentro de una lógica más ligada a la homogeneidad, y reclaman respuestas singulares. Incluso, cada problemática implica recorridos institucionales diversos según cada caso (Carballeda, 2008; p 16-17).

Para la realización de ese Proyecto Terapéutico Singular (Tratamiento) se requerirá llevar adelante **Prácticas** que constituyen propuestas/modalidades de ordenamiento institucionales con las que abordamos cada una de las situaciones que se presentan, ya sea por demanda del usuario-a, familiar, del equipo interdisciplinario, de otras instituciones.

Cuando se llevan adelante prácticas que no implican la presencia del paciente se las podrá registrar cuando se produzca una consulta con ese paciente. Por ejemplo: intervenciones en comunidad, establecimiento de redes, retrabajo acompañamiento terapéutico, retrabajo con equipo, articulación intersectorial, etc. Tales prácticas podrán haberse realizado en la semana anterior o en el transcurso de la semana y se registrarán en el momento de la consulta con la-el paciente.

Como planteábamos en el Capítulo II, a propósito de la definición de Problemas de Salud Pública e Inequidades, la posibilidad de que en el marco de un equipo se puedan definir/construir/abordar estas dimensiones contempladas en los EJES II y III, implica prácticas específicas.

Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina... Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos -sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de

elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo (Stolkiner, 1999; s/p).

Las prácticas en el campo de la salud mental en sí mismas no son sustantivamente diferentes, ya que la herramienta en juego será la escucha de la situación. Las definiciones de las **prácticas** están ligadas a los momentos del proceso de atención, la finalidad de esa práctica en función de una estrategia, el espacio en el que se realiza y quiénes están concernidos en esa práctica (otras disciplinas, instituciones, actores comunitarios, etc.). Las diferenciamos en: admisión, entrevistas, intervenciones, articulaciones con otras prácticas, retrabajos, informes y certificados.

A continuación establecemos las definiciones de las prácticas:

*** Admisión**

Espacio en el que se despliega el motivo de consulta, se evalúa grado de urgencia, criticidad y se establece una estrategia para responder a la problemática planteada. Se evalúa la pertinencia de abordajes terapéuticos. Podrá tener carácter disciplinar o interdisciplinario. En el caso en que sea interdisciplinar se registrará también con el Código correspondiente a Articulación Interdisciplinaria.

Admisión a dispositivo: espacio en el que se plantea la escucha para evaluar la pertinencia (ya sea por la demanda de usuario/o, familiar o trabajador de la red o por las condiciones del dispositivo) del ingreso a un dispositivo grupal/sustitutivo.

*** Entrevistas**

Cuando se ha finalizado el proceso de admisión y se hubiera establecido el motivo de consulta y la pertinencia de un tratamiento se registrará: Entrevista, con sus modalidades (Individual, de Pareja, Familiar). También puede ocurrir que a partir del trabajo con el equipo o por las características de la situación se considere que no es necesario el pasaje por el espacio de admisión. El criterio al respecto dependerá de las modalidades de trabajo de los equipos.

La entrevista es una práctica fundamental, busca el establecimiento de un espacio de diálogo con fines exploratorios. Su finalidad es dirimir los

modos y gravedad de los sufrimientos subjetivos y las condiciones de posibilidad para una intervención del equipo.

Se trata de un espacio de diálogo entre profesional/es y usuarias/os de los servicios de salud respecto de problemáticas planteadas o detectadas, las cuales se consideran que requieren intervención de parte del equipo. Pueden tener diversas características en relación a los usuarios/as involucrados (individual, de pareja, familiar) y en relación al proyecto terapéutico (Tratamiento). También puede darse en el marco del abordaje de otro-a profesional (Consultorio conjunto), de una orientación respecto de interrogantes puntuales (Orientación), por solicitud de otro integrante del equipo (Interconsulta) o para intervención con un objetivo de psicoprofilaxis.

- ***Consultorio Conjunto***

Espacio compartido con otros-as trabajadores-as que posibilita abordar/realizar el seguimiento de una situación (paciente/grupo familiar). Se establece esta práctica ya sea por la complejidad o por la indefinición del problema o porque el vínculo está establecido con un trabajador-a que requiere un espacio de intervención conjunta a los fines de abordar aspectos de proyecto terapéutico referidos a condiciones de la subjetividad.

- ***Entrevista de orientación***

Se trata de aquellas entrevistas en las cuales se despliegan algunos interrogantes puntuales a los fines de esclarecimiento tales como: pertinencia de intervención terapéutica, recursos de la red, comunitarios, legales, educativos, requerimientos administrativos con el objetivo de informar alternativas que viabilicen respuestas acordes a necesidades y ejercicio de derechos.

- ***Interconsulta solicitada por otro profesional*** (excluye entrevista de admisión)

La interconsulta es una práctica habitual por la cual un profesional solicita la intervención de un/a "psi" (u otro profesional) para evaluar y dirimir algún interrogante puntual a los fines de considerar el proyecto terapéutico.

- *Psicoprofilaxis*

Se trata de intervenciones direccionadas a trabajar los recursos subjetivos de personas que estarán sometidas a procedimientos invasivos y que por lo tanto requieren de una preparación que le permita su afrontamiento.

- *Atención de Crisis*

Diferenciar una crisis de una urgencia subjetiva puede resultar dificultoso. Una de las razones de esta dificultad suele ser que la persona que acude (por sí misma o traída por otra) no sea usuaria-o/paciente del servicio. La falta de conocimiento del equipo acerca del proceso de salud/enfermedad/atención de una persona que consulta en estas circunstancias lleva a que se lo considere muchas veces como una urgencia.

Si bien hay crisis que son esperables en el marco de un proceso de atención, no siempre implican urgencias. Muchas veces en el desarrollo de las crisis hay elementos que llevan a tener que manejarlas como urgencias: el desconocimiento del-a paciente y su entorno (ya mencionado arriba), la vulnerabilidad/fragilidad del grupo familiar como posible sostén/cuidado, el momento en que se produce (dificultad del equipo para darle continuidad al seguimiento).

- *Atención de Urgencia*

Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud/enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.

Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Ministerio de Salud Nación (2013; p 10).

En la urgencia hay presencia de indicadores de "riesgo cierto e inminente" o la ocurrencia de acontecimientos traumáticos que resultan arrasadores para el sujeto.

- **Entrevista en sala internación**

Cuando un/a paciente es atendido/a por un equipo en el primer nivel de atención y requiere internación (en salud mental, por desintoxicación o por problemas relativos a enfermedad orgánica o accidente) y se evalúa necesario dar continuidad al tratamiento psi.

* **Intervenciones**

Entendemos por tales aquellas acciones que se enmarcan en una estrategia para generar lazos de referencia o para el sostenimiento de los mismos cuando resultan endeble, para evaluar situaciones de riesgo cierto e inminente o para el seguimiento/acompañamiento de situaciones en procesos que lo requieran.

- **Intervención domiciliaria**

Se realiza cuando la condición del o de la paciente dificulta su asistencia al centro de salud por problemas de movilidad, por negativa a recibir tratamiento (del paciente o del grupo familiar), por situación de encierro.

- **Intervenciones con personas en situación de calle**

Intervenciones en la vía pública que implican la lectura de una situación, su análisis y el intento de establecer condiciones para producir una respuesta que habilite vinculo/ demanda/acceso a proceso de atención.

- **Intervenciones en comunidad**

Cuando frente a algunas problemáticas focalizadas en grupos familiares/personas se requiere trabajar en diversos espacios comunitarios a los fines de facilitar inclusión y respuestas protectoras de la comunidad (no segregatorias). Establecimiento de redes.

- **Intervenciones en otras instituciones**

En el mismo sentido del punto anterior, se acompaña a los integrantes de instituciones, favoreciendo el alojamiento de situaciones complejas.

- Intervenciones legales en el ámbito de Tribunales, MPA, CDT, CAJ, Defensorías Zonales, DPPDNAyF. Servicio Local.

*** Articulación con otras prácticas:**

- Articulación interdisciplinaria (dentro de la institución)

Se trata del trabajo realizado entre los distintos integrantes del equipo a los fines de establecer conjuntamente en el marco de un proyecto terapéutico de un-a paciente líneas de intervención y realizar el seguimiento de las mismas. Podrá también darse en el marco del proceso de admisión.

- Articulación Interinstitucional

Aquellas articulaciones necesarias para el desarrollo del proyecto terapéutico al interior de la red de salud, ya sea entre instituciones del primer nivel de atención o de otros niveles de atención.

- Articulación Intersectorial

Aquellas intervenciones que requieren trabajo con instituciones pertenecientes a otros sectores del estado ya sea porque son solicitadas desde los mismos o porque las problemáticas planteadas requieren de dicha articulación a los fines de garantizar derechos. Puede ser: Articulación Intersectorial con educación, desarrollo social, justicia, seguridad.

*** Retrabajos**

Son espacios de reflexión, evaluación y reformulación de prácticas y/o Proyectos terapéuticos en función del monitoreo que se realiza de la direccionalidad que adquieren las prácticas y en los cuales se acuerdan pasos a seguir, posibles intervenciones, otros actores a incorporar (institucionales/comunitarios).

- Retrabajo con acompañamiento terapéutico

Cuando el equipo a cargo del proyecto terapéutico define en Tratamiento la necesidad de Acompañamiento Terapéutico, se trabaja en forma periódica la articulación de dicho proyecto a los fines de establecer la direccionalidad y evaluar el desarrollo de las intervenciones.

- Retrabajo con equipo

Se trata de espacios de análisis de procesos de atención, estrategias implementadas, identificación de obstáculos, establecimiento de

acuerdos al interior del equipo contemplando las diversas percepciones de los actores involucrados.

- **Retrabajo con dispositivo grupal**

Se trata de un espacio en el cual se articulan estrategias que posibiliten el sostenimiento de espacios de inclusión, revisando aquellas que resulten habilitadoras de lazos con otros.

- **Supervisión grupal con equipo:** cuando el equipo recurre a una terceridad a los fines de evaluar y redefinir estrategias.

*** Informes/Certificados**

En el caso de una persona que se dirige puntualmente demandando un certificado para fines administrativos (no se trata de un paciente/usuario con el que se está trabajando) se registrará en la columna Motivo de Consulta/Diagnóstico en el Primer EJE, por ejemplo: examen para fines administrativos, para admisión a institución educativa.

Si un/a paciente o usuario/a que está siendo atendido desde salud mental y requiera un certificado (por ejemplo el CUD) se registran los códigos de los EJES I, II y III de Diagnóstico y en Prácticas se consigna: Informe para Certificado Nacional de Discapacidad.



Referencias Bibliográficas:

Carballeda, A (2008) *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26657 (2010)

Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>

Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Ministerio de Salud Nación (2013) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Disponible

en:

https://www.cplz.org.ar/images/stories/contenido/leyesyreglamentos/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf

Souza Campos, G W (2010) *El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp)* en *Salud Colectiva*6 (2) Buenos Aires: Centro de Estudios para la Salud.

Stolkiner, A (1999) *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Campo Psi. Rosario. Disponible en:

<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Testa, M (1997) *Pensar en salud*. Argentina: Lugar Editorial.

Capítulo IV

EJE I

Instructivo para Población Infantil y adolescente

Construcción profesional respecto de la demanda en la consulta

Construcción profesional respecto del padecimiento subjetivo

Como dijimos en el Capítulo II, en la Planilla Única (Columna 19) se registrarán los códigos correspondientes a las tres dimensiones (Ejes I, II y III). El EJE I será consignado a propósito de cada una de las consultas e implica la lectura del profesional respecto de la demanda en la consulta y del padecimiento subjetivo.

Si bien están a disposición todos los códigos de la CIE-10 más los creados según necesidad sanitaria de la región, el presente instructivo plantea propuestas respecto de la utilización de algunas categorías diagnósticas y sugerencias para su utilización en función de las discusiones transitadas localmente. La Décima Revisión de la CIE-10 utiliza un código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posiciones.

Los colectivos de trabajo en salud mental han considerado que la CIE-10 resulta insuficiente en la caracterización clínica de las situaciones abordadas en niñez y adolescencia. Dos situaciones se subrayan al respecto:

- aquellas ligadas a problemáticas que no pueden ser consideradas claramente en el campo de la psicosis, pero que tampoco se podrían ubicar como neurosis;
- que en la niñez y adolescencia hay operatorias que se encuentran en proceso y, por lo tanto las mismas pueden hallarse suspendidas

(requiriendo intervención del equipo de salud), sin por ello ameritar un diagnóstico que coagule ese proceso.

A partir de la experiencia del registro del Servicio de Salud Mental del Hospital Víctor J. Vilela, nos resulta interesante revisar la CIE-10 a la luz de la Clasificación Francesa de los Trastornos de la Personalidad en Niños/as y Adolescentes (CFTMEA R-2000). Si bien se tomó en un primer momento esta propuesta porque resultaba más ajustada a los criterios clínicos compartidos mayoritariamente por los trabajadores de salud mental, fue necesario, en un segundo momento, ajustarlos a la revisión realizada en 2012 (CTFMEA R-2012) con sus correspondientes equivalencias con la CIE-10. La presente propuesta rescata definiciones de ambas clasificaciones y las de GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico-2004).

Teniendo en cuenta las consideraciones detalladas en la Introducción y en el Capítulo I, además de lo planteado más arriba, es decir, que no resulta pertinente coagular un diagnóstico -menos aún en el caso de un/a niño/a o adolescente- y que muchas de las consultas habituales están ligadas a situaciones de cierta gravedad donde no se puede dirimir si correspondería a las estructuras de neurosis o de psicosis, sostenemos que una categoría límite resulta necesaria para ubicar esa situación. Las Patologías límite en CFTMEA son definidas desde un marco conceptual cercano a las teorizaciones de Winnicott (falso self, fallas narcisísticas, campo transicional) resultan más propicias para aproximarnos a una nominación de ciertas "fallas ambientales" (Winnicott, 2006) y sus relaciones con los procesos de estructuración y adquisiciones yoicas. Es por ello que incorporamos un capítulo de **Patología Límite**, tomados de la propuesta del CFTMEA-2012 con el paralelo que establece con la CIE-10.

También queremos señalar que los llamados **Trastornos de la identidad y de las inclinación sexual, Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales** incluidos en la CIE-10 en el Capítulo Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto (comprendidos en F 66- F69) no serían pasibles de ser utilizados, por un lado porque están definidos para adultos y por otro porque propician una patologización de las elecciones sexuales. Por estas razones se propone la utilización de Códigos Z. Se incorpora un

Código F (F 66.0) que corresponde a Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales (en CIE-10) cuando se trata de situaciones de: hipersexualización en niños/as y adolescentes, desorganización y/o ausencia de diques/descargas pulsionales (Construcción local).

También se incorpora en ***Trastornos específicos del desarrollo y funciones instrumentales*** aquellas dificultades en el desarrollo, muchas veces sintomáticas, en las que es necesaria una intervención, pero que no implican necesariamente un cuadro "patológico". Como referíamos en el Capítulo I, los diagnósticos **refieren a procesos de estructuración psíquica y no a entidades patológicas** (Ausburguer, 2004). Aquí agregaríamos que se trata de las vicisitudes en los procesos de estructuración psíquica, que no son ajenas a esos procesos.

Estos capítulos se incorporan entonces teniendo en cuenta: el carácter de proceso de la constitución subjetiva, su relación con la posibilidad de intervención de otros, la cautela ante la dificultad de establecer diagnósticos y la precaución ética al respecto.

Consideramos importante recordar que en el caso de ***consultas por Violencia, Abuso sexual*** (recordar que son Problemas de Salud Pública) podría haber dos formas de presentación de las mismas:

- Una ligada al motivo de consulta (tratándose de una consulta en una situación aguda), en este caso se utilizan los Códigos T en el Primer Código⁵:

T74.1 Abuso físico -síndrome de la esposa-o maltratada

T74.2 Abuso sexual

T74.3 Abuso psicológico

T74.8 Otros síndromes de maltrato (Formas mixtas)

T74.9 Síndrome de maltrato (no especificado) incluye efecto del abuso en el adulto o niño

T74.4 (ya creado): Violencia entre pares

⁵En este caso se obvia el segundo código como problema prioritario y se colocaría en su lugar la causa externa correspondiente como se especifica más adelante.



- Un segundo modo de presentación podría ser cuando el motivo de consulta es otro (angustia/ansiedad/insomnio) y en el transcurso de entrevistas se reconstruye situaciones de abuso/maltrato. En este caso estas situaciones de abuso/maltrato se registrarán en un segundo código como problemas de salud (ver Anexo II).

Los capítulos que proponemos para ordenar las referencias clasificatorias son:

- 1- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- 2- Autismo, esquizofrenia, trastornos de ideas delirantes y psicosis.
- 3- Trastornos del humor (afectivos).
- 4- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes (reactivos) y somatomorfos.
- 5- Patologías Límite.
- 6- Retraso mental.
- 7- Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales.
- 8- Trastornos de la conducta y del comportamiento.

A continuación presentamos para cada uno de los 8 capítulos la selección de motivos de consulta/construcciones diagnósticas, teniendo en cuenta:

- sus **definiciones operativas** establecidas con la correspondiente explicitación (cuando hemos considerado necesario hacerlo) ya sea de acuerdo a la CIE-10, a la CTFMEA R-2012 o lo establecido según construcción local;
- el **código de CIE-10** seleccionado para esa definición;
- la **nominación establecida por la CIE-10**.

1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Delirium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos	F05.9	Delirio no especificado
Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas	F06.9	Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física
Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones	F07.9	Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento, no especificado, debido a enfermedad, lesión y disfunción cerebral
Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar	F09.X	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

2. Autismo, esquizofrenia, trastornos de ideas delirantes y psicosis

2.0- Autismo y trastornos invasivos del desarrollo

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
<i>Autismo infantil precoz (tipo Kanner)</i> Antes de los 3 años de edad, funcionamiento anormal en tres áreas: interacción social recíproca, comunicación y	F84.0	Autismo en la niñez

comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. También fobias, trastornos del sueño, agresiones y autoagresiones (CFTMEA R-2012; p. 28)		
<i>Autismo atípico</i> (no alcanza a cumplir con los tres conjuntos o por la edad- aparece luego de los 3 años) Incluye: Retraso mental con rasgos autísticos.	F84.1	Autismo atípico
<i>Síndrome de Asperger</i> Síndrome autístico sin retraso del desarrollo cognitivo y del lenguaje (CFTMEA R-2012; p 30)	F84.5	Síndrome de Asperger
<i>Disarmonias múltiples y complejas del desarrollo – Disarmonías psicóticas</i> Se manifiestan a partir de los 3/4 años. Manifestaciones somáticas o comportamentales, inestabilidad, inhibiciones severas, manifestaciones histéricas, fóbicas, obsesivas y/o disarmonías en la adquisición del lenguaje y de la psicomotricidad, sin que el déficit intelectual ocupe un lugar central (al menos en el período inicial). Fracaso frecuente en la escolarización. Amenaza de ruptura con la realidad, tendencia al desbordamiento del pensamiento por afectos y	F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo

<p>representaciones de extrema crudeza. Angustia de destrucción, depresivas y de separación, a veces ataques de pánico. Preponderancia de una relación dual con incapacidad de acceso a los conflictos y a modos de identificación más evolucionados. A pesar de estos rasgos y mecanismos propios de la psicosis, las capacidades de adaptación y de control pueden permitir una protección contra riesgos de desorganización. Así los modos de expresión patológicos pueden manifestarse en ciertas áreas o no manifestarse abiertamente, sino en ciertas fases evolutivas. Aunque esa adaptación impone restricciones notables en los intercambios (CFTMEA R-2012; p. 30-31).</p>		
--	--	--

2.1- Esquizofrenias

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Esquizofrenia	F20.9	Esquizofrenia no especificada
Esquizofrenia paranoide	F20.0	Esquizofrenia paranoide
Esquizofrenia hebefrénica	F20.1	Esquizofrenia hebefrénica

2.2 - Trastornos delirantes persistentes

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Trastornos delirantes	F22.9	Trastorno delirante persistente no especificado

2.3 - Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	F23.9	Trastorno psicótico agudo y transitorio no especificado

2.4 - Otros trastornos psicóticos

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Psicosis	F28.X	Trastorno delirante inducido

3. Trastornos del humor

Clasificamos en esta sección los trastornos tímicos cuya severidad y masividad trastornan temporalmente el juicio de realidad. Suelen asociarse a manifestaciones psicóticas, sobre todo a esta edad (adolescencia). Hoy en día parece más satisfactorio privilegiar los trastornos del humor por sobre los síntomas psicóticos (CFTMEA, 2012; p. 37).

Subrayamos el carácter de episodio.

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Episodio maníaco.	F30.9	Episodio maníaco no especificado
Hipomanía	F30.0	Hipomanía
Manía sin síntomas psicóticos	F30.1	Manía sin síntomas psicóticos
Manía con síntomas psicóticos	F30.2	Manía con síntomas psicóticos
Trastorno bipolar	F31.9	Trastorno afectivo bipolar no especificado
Episodio depresivo: Leve	F32.0	Episodio depresivo leve
Moderado	F32.1	Episodio depresivo moderado
Grave	F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	F33.2	Trastorno depresivo concurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicótico

4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes (reactivos) y somatomorfos

4.1 - *Trastornos Neuróticos*

Se trata de perturbaciones durables, sin tendencia espontánea a la curación. El sufrimiento psíquico - particularmente la angustia - ocupa un lugar central. La evolución incluye una restricción de capacidades y potencialidades, pero limitado a ciertos sectores (CFTMEA, 2017; p. 39/40).

En este sentido subrayamos que se trata de situaciones/momentos en donde se produce una cierta fijación sintomática en el proceso de estructuración subjetiva (fobias, inhibiciones, obsesiones, compulsiones)

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Trastornos neuróticos con preponderancia ansiosa Clasificar aquí las manifestaciones neuróticas para las cuales la expresión sintomática asume esencialmente <u>la forma de angustia</u> , ya sea que esta adquiriera la forma de manifestaciones agudas o de ansiedad difusa, crónica o intermitente (CFTMEA, 2017; p.40)	F41.9	Trastornos de ansiedad no especificado
Trastornos neuróticos con preponderancia histérica	F44.9	Trastornos disociativos (de conversión) no especificado
Trastornos neuróticos con preponderancia fóbica (trastornos de ansiedad fóbica en la infancia)	F40.9	Trastornos de ansiedad fóbica no especificado
Trastorno obsesivo-compulsivo	F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado
Caracteres neuróticos, <i>patologías neuróticas de la personalidad</i> (Trastornos de la personalidad sin especificación). Casos en los que la conducta, la relación con la realidad y vínculos pertenecen al registro neurótico pero en los que los otros rasgos neuróticos están fijados en actitudes de carácter poco movilizable, produciendo escaso sufrimiento o angustia. Las manifestaciones se presentan como rasgos o estados impuestos por la realidad (CFTMEA,2017; p. 44)	F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado
Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales: torpezas psicomotrices, trastornos del lenguaje, déficits de aprendizaje, trastornos del pensamiento y del razonamiento en niños/as inteligentes (CFTMEA,2017; p. 44) Inhibiciones (Construcción local)	F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados

4.2 *Trastornos secundarios a situaciones estresantes – Trastornos Reactivos*

Clasificar aquí los trastornos definidos por su aparición reciente, por su vinculación con una causa precisa, para la integridad de la personalidad (CFTMEA, 2017; p 50).

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
<p>Depresión reactiva responde a los criterios mencionados pero el componente depresivo está en primer plano (CFTMEA, 2017; p 50)</p>	F32.9	Episodio depresivo no especificado
<p>Reacción al estrés agudo Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano) (CIE-10: p 183-4)</p>	F43.0	Reacción al estrés agudo
<p>Trastorno de estrés post-traumático En las mismas condiciones de aparición reciente, ligadas a una causa desencadenante precisa y con integridad de la personalidad, sobrevienen aquí trastornos que van a constituir una respuesta relativamente persistente - a veces diferida - respecto de los factores desencadenantes. A través de manifestaciones de ansiedad y de síntomas variables de un caso a otro, se observa la reviviscencia repetitiva de acontecimientos traumáticos bajo la forma de sueños, pesadillas, escenas vividas o representadas, en un contexto de hipervigilancia y reordenamiento de las</p>	F43.1	Trastorno de estrés postraumático

<p>relaciones con el entorno. Cuando se interviene con los medios apropiados la evolución es favorable en la mayoría de los casos; sin embargo, a veces conduce a modificaciones notables de la personalidad que llevarán a clasificar al sujeto en otro cuadro nosográfico (CFTMEA, 2017; p 51) (Nota: Ver F62.0 Modificación durable de la personalidad consecutiva a una experiencia de catástrofe).</p> <p>Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen) (CIE-10: p 185-186) El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante (CIE-10, p 185)</p>		
<p>Dificultades en los procesos de Duelo</p> <p>Nos referimos en este caso a aquellas situaciones de duelo en las que la pérdida sigue teniendo un carácter de "actualidad" con dificultades en la tramitación del dolor (Construcción local)</p> <p>Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las</p>	<p>F43.2</p>	<p>Trastornos de adaptación</p>

<p>manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta. (CIE-10; p. 330)</p> <p>Procesos de duelo utilizamos esta categoría cuando se trata de consultas por situaciones en donde una pérdida se ha producido (de un miembro de la familia) o se está produciendo (por ruptura de un vínculo) o bien la pérdida está relacionada con el modo en que se registran los cambios propios de los momentos de vida. Estas situaciones conllevan un sufrimiento que puede requerir un acompañamiento, intervenciones de parte del equipo (Construcción local)</p>	Z63.4	Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
	Z63.5	Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
	Z60.0	Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones las transiciones del ciclo vital
Hospitalismo	F43.8	Otras reacciones al estrés grave.
Efectos subjetivos de enfermedad orgánica	F68.0	Elaboración psicológica de síntomas somáticos
<p>Modificación durable de la personalidad consecutiva a una experiencia de catástrofe: Cambio perdurable de la personalidad, que dura al menos dos años, después de la exposición a tensión catastrófica. La tensión debe ser tan extrema que no sea necesario tomar en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar sus efectos profundos sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud hostil y desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o de desesperanza, y una sensación crónica de "estar al borde", como si se estuviera constantemente amenazado y enajenado.</p>	F62.0	Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica

<p>Este tipo de cambio de la personalidad puede ser precedido por un trastorno de estrés postraumático (F43.1).</p> <p>Cambio de la personalidad consecutivo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -cautividad prolongada con posibilidad inminente de ser asesinado -desastres -experiencias en campo de concentración -exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida, tales como la posibilidad de ser víctima del terrorismo - tortura (CIE-10) <p>Modificación durable de la personalidad consecutiva a enfermedad</p>	F62.8	Otros cambios perdurables de la personalidad
---	-------	--

4.3 - Trastornos de la expresión somática

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
<p>Afecciones psicosomáticas: clasificar aquí los casos en que el cuadro clínico está constituido por una enfermedad somática con determinismo psíquico (eccema, alopecia, psoriasis, asma, colitis) (CFTMEA,2017; p.78)</p>	F45.0	Trastorno de somatización
<p>Trastornos Psicofuncionales; manifestaciones funcionales sin lesiones en los tejidos (tortícolis psicógena, calambre de escritor, vómitos, espasmo de sollozo, hipo y tos, dismenorreas, migrañas, cefaleas) (CFTMEA,2017;p. 79) (colon irritable, trastornos gástricos, hiperventilación)</p>	F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa
<p>Trastorno hipocondríaco Preocupación persistente que supone la presencia eventual de uno o varios trastornos somáticos, lo que se traduce a través de quejas somáticas constantes o mediante una preocupación prolongada que afecta la normalidad física. Se caracteriza por la presencia de sensaciones y signos físicos normales o anodinos frecuentemente interpretados por el sujeto y su entorno como anormales (CFTMEA,2017; p.79)</p>	F45.2	Trastorno hipocondríaco
<p>Enuresis Emisiones de orina (nocturna o diurna) consideradas anormales para la edad, más allá de los 4 años, que aparecen después de haberse logrado el control de esfínteres o no (enuresis primaria o secundaria) (CFTMEA,2017; p. 80)</p>	F98.0	Enuresis no orgánica

Encopresis Reiteradas emisión de heces voluntaria o involuntaria, diurnas o nocturna consideradas anormales para la edad, más allá de los 4 años, que aparecen después de haberse logrado el control de esfínteres o no (encopresis primaria o secundaria) (CFTMEA,2017; p. 80)	F98.1	Encopresis no orgánica
Trastorno del sueño Trastornos del sueño que no pueden relacionarse con ningún diagnóstico de afección somática o psiquiátrica (CFTMEA,2017; p. 80)	F51.0	Insomnio no orgánico
	F51.1	Hipersomnia no orgánico
	F51.2	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
	F51.4	Terroros nocturnos
	F51.5	Pesadillas
Retraso psicógeno del crecimiento Clasificar aquí síndrome que asocia retardo de crecimiento de origen no orgánico y contexto familiar conflictivo y abandonico (CFTMEA,2017; p. 81)	F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
	R62.0	Retardo del desarrollo fisiológico
Otros trastornos de expresión somática	F98.8	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y adolescencia

5. Patologías Límite

Aquí veremos:

- la definición de **Patologías límite** y de sus cinco subcategorías (CMTEA, 2017), la caracterización/descripción que hace de las mismas, que nos servirán para revisar las situaciones abordadas a los fines de su codificación:

- 5.0 Disarmonías Evolutivas
- 5.1 Patología límite con preponderancia de los trastornos de personalidad
- 5.2 Patologías límite con preponderancia esquizotípica
- 5.3 Patologías límite con preponderancia comportamental
- 5.4 Depresiones ligadas a una patología límite

- la equivalencia que se propone de estas categorías (con su descripción establecida) con un código del CIE-10. Dicho código (que utilizaremos como primer código en la Planilla) implicará la definición que estamos proponiendo en este instructivo.

Patología límite. Trastornos de la personalidad:

Las patologías límites se expresan a través de manifestaciones muy diversas, variables de un caso a otro y que pueden manifestarse en el curso de la evolución. Muchas se presentan con el aspecto dominante de trastornos de la personalidad que ocupan un lugar original entre los trastornos neuróticos y la organización psicótica. Desde el punto de vista clínico y psicopatológico, se encuentran los siguientes elementos:

- Fallas precoces de la anaclisis que producen faltas y distorsiones en la organización de la vida mental, sin embargo el niño da muestras de capacidades adaptativas notables apoyándose en funcionamientos de tipo falso-self.

- Fallas en el abordaje del campo transicional y en los soportes del pensamiento: Como resultado de ello, predominan las expresiones a través del cuerpo y del actuar.

- Fallas en el trabajo de separación y de elaboración en la posición depresiva: No permiten la integración de las angustias depresivas y generan una extrema vulnerabilidad a la pérdida de objeto, sin embargo, el *niño* accede a una diferenciación yo- no yo donde se marca la distancia con la psicosis.

- Fallas narcisísticas constantes: puede incluir una representación de si mismo inaceptable, a punto de dañar el sentimiento de identidad, de manera defensiva, el niño tiende a desarrollar reacciones de superioridad que conducen a reiterados enfrentamientos con el medio.

A pesar de estos elementos peyorativos, se perfilan aperturas de tipo neurótico pero sin permitir una verdadera confrontación con los conflictos de deseo y de identificación. Se llega así a una heterogeneidad estructural sostenida por clivajes de manera que, por un lado, se desarrollan capacidades de adaptación, mientras que por otro, persisten modalidades arcaicas de simbolización y funcionamiento mental.

Las subcategorías propuestas en los párrafos que siguen constituyen los agrupamientos sindrómicos mas frecuentes (CFTMEA, 2017; p. 45-46).

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
<p>5.1 Disarmonías evolutivas Perturbación evolutiva multifactorial de instauración precoz, <u>siempre antes de los seis años</u>, la cual genera un desarrollo disarmónico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastornos del lenguaje, psicomotricidad y funciones cognitivas (en relación con fallas de investiduras) insuficiencias de aprendizaje, modos de intercambio inadaptados con el medio, que pueden conducir a una restricción durable de las potencialidades -Trastornos de personalidad: inseguridad, inmadurez, angustias depresivas y de separación ligadas a dificultades de individuación. Los aspectos depresivos son importantes, se expresan abiertamente o por trastornos dominantes de conducta (CFTMEA,2017; p. 46-47) 	F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
<p>5.2 Patología límite con preponderancia de los trastornos de la personalidad</p> <p>Clasificar aquí los trastornos cuya sintomatología varía de un caso a otro <u>y en su evolución no compromete necesariamente la adaptación familiar, escolar o social</u>. Los aspectos psicopatológicos responden a los criterios generales de las organizaciones límites. Los rasgos más característicos asocian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sufrimiento depresivo con incapacidad para recibir ayuda y avidez, sin posibilidad de ser colmado. - Sentimiento de minusvalía, fallas en la regulación de la autoestima - Angustia de separación, de pérdida de abandono, a veces ataque de Pánico. -Retrasos del desarrollo afectivo, tendencias regresivas, conducta de dependencia <p>Incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastornos de tipo narcisístico, anaclítico, esquizoide, pseudneurótico, abandonónico, personalidad falso-self - Ciertas manifestaciones de ansiedad, ciertos trastornos de presentación fóbica, hipocondríaca, obsesiva. Ciertos modos de actuar, cuando responden a los criterios mencionados arriba. (CFTMEA, 2017; p.47-8) 	F92.8	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones

<p>5.3 Patología límite con preponderancia Esquizotípica</p> <p>Clasificar aquí los trastornos caracterizados por anomalías del pensamiento y de los afectos, donde dominan la frialdad, el repliegue, la pobreza de contacto, la autosuficiencia, pensamientos vagos, a menudo difluentes, a veces extraños, rumiaciones obsesivas, preocupaciones dismorfofóbicas o nosofóbicas . El trastorno evoluciona de manera durable, pero a menudo fluctuante sin que existan síntomas típicos o dominantes de esquizofrenia (CFTMEA, 2017; p. 48)</p> <p>Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno. No hay síntomas predominantes o característicos, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia b) El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares c) Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social d) Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes. e) Ideas paranoides o suspicacia f) Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos g) Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales h) Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento. i) Episodios, casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa (CIE-10; P 125-126) 	<p>F21. X</p>	<p>Trastorno esquizotípico</p>
--	---------------	--------------------------------

<p>5.4 Patología límite con preponderancia comportamental</p> <p>Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar (CIE-10; p 326)</p> <p>Clasificar aquí los trastornos dominados por la <u>tendencia a actuar, los trastornos de la conducta en los intercambios con el otro, la falta de control, la negación de las normas sociales, la repetición de fracasos, la falta de efecto de las sanciones.</u></p> <p>Los rasgos de la personalidad subyacentes incluyen fallas de madurez afectiva, alteración del sentimiento de sí-mismo, pobreza de la vida interior, incapacidad para crear vínculos estables. La tonalidad depresiva suele verse enmascarada por construcciones megalománicas y por los enfrentamientos con el medio. En ocasiones se asocia a conductas adictivas.</p> <p>Incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los trastornos de carácter ligados a una patología límite • los desequilibrios de carácter graves • la evolución hacia la psicopatía (CFTMEA, 2017; p. 48, 49) <p>Se trata de conductas que exceden en su gravedad (por lo agresivo, desafiante, niveles de crueldad) a las travesuras infantiles o rebeldía del adolescente.</p>	<p>F91.9</p>	<p>Trastornos de la conducta no especificado</p>
<p>5.5 Depresiones ligadas a patologías límites</p> <p>Estas manifestaciones se registrarán aquí cuando ocupen el primer lugar en el cuadro clínico.</p> <p>Depresión persistente y marcada del estado de ánimo puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño y del apetito. (CIE-10; p 333)</p>	<p>F92.0</p>	<p>Trastornos depresivo de la conducta</p>

6. Retraso Mental

Clasificar aquí todas las formas en las cuales los trastornos de inteligencia aparecen fijados y constituyen el elemento central del cuadro clínico.

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10
Retraso mental leve	F70 (*)
Retraso mental moderado	F71 (*)
Retraso mental grave	F72 (*)
Retraso mental profundo	F73 (*)
Otros tipos de retraso mental ⁶	F78 (*)
Retraso mental no especificado ⁷	F79 (*)

(*) Para el grupo **F70 a F79** se deberá utilizar el cuarto carácter para identificar el grado de deterioro de la conducta:

- .0 Deterioro del comportamiento nulo o mínimo
- .1 Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- .8 Otros deterioros del comportamiento
- .9 Deterioro del comportamiento de grado no especificado

⁶ Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

⁷ En estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las categorías anteriores.

7. Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales

Se consideran desde una perspectiva descriptiva, sin referencia etiopatogénica

Teniendo en cuenta esta condición es que se considerarán en el primer Código y como motivos de consulta (subrayamos su carácter descriptivo, no constituyen un diagnóstico). En la medida en que se deslinda una aproximación diagnóstica se reemplazará el código referido a este trastorno por el correspondiente.

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado
Retraso del habla Trastornos del desarrollo del lenguaje que afectan al conjunto de la organización fonética, con la persistencia más allá de los 4 años de edad, de alteraciones fonéticas observadas normalmente hacia los 3 años: confusión y sustitución de fonemas vecinos cuya articulación es menos difícil, omisión de sílabas finales, etc. (persistencia del "lenguaje bebé"); el desarrollo de otros aspectos del lenguaje (vocabulario, sintaxis) se encuentra dentro del límite de lo normal. A menudo estos trastornos se asocian a signos de inmadurez afectiva: especialmente hábitos orales de la primera edad (succión del pulgar o de la lengua, predilección por una alimentación láctea y semilíquida) (CFTMEA, 2012; p 58)	F80.1	Trastorno del lenguaje expresivo
Mutismo total	F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
Mutismo selectivo	F94.0	Mutismo electivo

Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	F81.9	Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares no especificado
Trastorno específico del desarrollo psicomotor Trastornos de observación precoz, en los primeros años, que se expresan por un retraso de las grandes adquisiciones psicomotoras (por ejemplo, mantenerse sentado, prensión, marcha); ello en ausencia de trastornos psicóticos o de una deficiencia mental ligada a una afección particular diagnosticada (CFTMEA, 2012; p 64) Lo más frecuente es que la torpeza de movimientos se acompañe de un cierto grado de déficit en la resolución de tareas cognoscitivas viso-espaciales.	F82.X	Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
Trastorno específico mixto del desarrollo Categoría residual de trastornos mal definidos y descritos, pero necesaria, en la que hay alguna mezcla de trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, de la capacidad escolar o de funciones motrices, en la que no predomina ninguna lo suficiente como para constituir el diagnóstico principal. Lo más frecuente es que en los trastornos descritos más arriba se presente algún grado de alteración global de funciones cognitivas, por eso esta categoría sólo debe usarse cuando haya un grado significativo de solapamiento, cuando se presenten disfunciones que satisfagan las pautas de dos o más de las categorías F80.- F81- y F82 (CIE-10)	F83.X	Trastorno específico mixto del desarrollo

8. Trastornos de la conducta y del comportamiento

Clasificar aquí los comportamientos a veces repetitivos, que inquietan al entorno y que llaman su atención. Pueden tener consecuencias graves por sí mismos, para el individuo y/o para el entorno. A veces el comportamiento se presenta en forma aislada y será clasificado aquí, otras veces forma parte de un cuadro clínico y será clasificado de ese modo (CFTMEA, 2012).

En este caso también (como en el anterior) **se consideran desde una perspectiva descriptiva, sin referencia etiopatogénica**

Teniendo en cuenta esta condición es que se considerarán en el primer Código y como motivos de consulta (subrayamos su carácter descriptivo, no constituyen un diagnóstico). En la medida en que se deslinda una aproximación diagnóstica se reemplazará este código por el que se considere pertinente a la condición subjetiva del consultante.

Recordamos que cuando se trata de **Consumos problemáticos** y de **Conductas Suicidas** la modalidad de registro será:

Consumos problemáticos:

Los consumos problemáticos son considerados Problemas de Salud Pública, razón por la cual se los registra en un Segundo EJE. De todos modos puede ser necesario registrarlo en el Primer EJE cuando se trata de un Motivo de Consulta o cuando aún no se puede establecer una aproximación diagnóstica más ajustada, para ello se pueden utilizar los Códigos F 10.0- F 19.9 o los Códigos Z 71.4, 71.5 y Z 74.6 (Consultas por asesoría) del CIE-10. Recomendamos, en función del planteo de la GLADP, el registro de consumos problemáticos de solventes. "Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de disolventes volátiles".

Anotación Latinoamericana

Los trastornos debidos al uso de solventes volátiles constituyen un problema de salud pública para algunos países en América Latina, especialmente en poblaciones de adolescentes y niños de condiciones socioeconómicas pobres, en las que su uso se ha extendido considerablemente. Es por eso que se sugiere a los clínicos latinoamericanos estar atentos a la formulación de estos diagnósticos y a la evaluación cuidadosa de su impacto tanto mental como médico general sobre el paciente. (Gladp, 2004; 127) F 18.0 a 18.9.

Conductas Suicidas

Se trata de Problemas de Salud Pública, pero ante un intento de suicidio en el primer diagnóstico se registra la lesión **CODIGOS S y T** de la CIE-10 y en un segundo diagnostico se registrarán los códigos del capítulo correspondiente a causas externas: **X 60.0 al X84.9**. **Recordar que el cuarto carácter se debe consignar y que corresponde al lugar.**

En el trabajo con equipos de salud se subrayó la necesidad de contar con un código que permitiese registrar Ideación Suicida. No estando disponible en Cie 10, se recurrió a la CFTMEA en la cual se correlaciona esta categoría con el código R 45.8 (Cie 10)

Motivos de Consulta/Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Consumos problemáticos	F10.0 a F19.9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
	F10 (**) ver cuarto carácter	debidos al uso de alcohol.
	F11 (**) ver cuarto carácter	debido al uso de opiáceos.
	F12 (**) ver cuarto carácter	debido al uso de cannabinoides
	F13 (**) ver cuarto carácter	debido al uso de sedantes o hipnóticos.
	F14 (**) ver cuarto carácter	debido al uso de cocaína.
	F18 (**) ver cuarto carácter	debido al uso de disolventes volátiles
	F19 (**) ver cuarto carácter	debido al uso de múltiples drogas
	Z71.4	Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de alcohol
	Z71.5	Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de drogas
Z71.6	Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de tabaco	
Trastornos hiperquinéticos con trastornos de atención	F90.0	Perturbación de la actividad y de la atención
	F90.1	Trastorno hiperkinético de la

		conducta
Conductas Suicidas	X60.0 a X84.9 Ver Cuarto carácter (***)	Lesiones autoinflingidas Intencionalmente
Tentativas de suicidio previas	Z91.5	Historia personal de lesiones intencionalmente autoinflingidas
Ideación Suicida	R45.8	Otros síntomas y signos relativos al humor
Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia: ... algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en los niños/as” (CIE-10; p 336)	F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez
Trastornos de angustia de separación Se diferencia de la angustia de separación normal por su intensidad, evidentemente excesiva, o por su persistencia más allá de la primera infancia, y con su asociación con una perturbación significativa del funcionamiento social (CFTMEA, 2012; p. 74)	F93.0	Trastornos de ansiedad de separación en la niñez
Trastornos de la Identidad y de la Conducta Sexual Trastornos de la identidad sexual en la infancia caracterizado por sufrimiento intenso y persistente relativo al sexo asignado, acompañado por un deseo de pertenecer al otro sexo (o por la afirmación de formar parte de él) (CFTMEA, 2012; p. 75)	Z70.1	Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente
	Z70.2	Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona
	Z70.8	Otras consultas sexuales específicas
Hipersexualización en niños-as y adolescentes/ desorganización y/o ausencia de diques/descargas pulsionales (Construcción local)	F66.0	Trastorno de la maduración sexual

Fobias escolares: se clasificarán manifestaciones de angustia mayor, a menudo fenómenos de pánico, ligadas a la asistencia escolar y que impiden su continuidad habitual	F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
Otros trastornos caracterizados de la conducta		
Piromanía	F63.1	Piromanía
Cleptomanía	F63.2	Hurto patológico, cleptomanía
Tricotilomanía	F63.3	Tricotilomanía
Fugas	F91.2	Trastorno de la conducta sociable
Conductas de riesgo	F91.1	Trastorno de la conducta insociable

Cuarto carácter (**) Las subdivisiones de cuarto carácter deben usarse con las categorías **F10 –F19** para la carga en SICAP

- 0 Intoxicación aguda.
- 1 Uso nocivo.
- 2 Síndrome de dependencia.
- 3 Estado de abstinencia.
- 4 Estado de abstinencia con delirio.
- 5 Trastorno psicótico.
- 6 Síndrome amnésico.
- 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío (incluye demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas, deterioro cognoscitivo persistente).
- 8 Otros trastornos mentales y del comportamiento (se consensua su uso para "Consumo ocasional").
- 9 Trastorno mental y del comportamiento no especificado.

Cuarto carácter (***) Las subdivisiones de cuarto carácter deben usarse con las categorías **X60.0 a X84.9** para la carga en SICAP

- 0 Vivienda
- 1 Institución residencial
- 2 Escuela y otras instituciones y áreas administrativas
- 3 Áreas de deporte y atletismo
- 4 Calles y carreteras
- 5 Comercio y áreas de servicio
- 6 Área industrial y de la construcción
- 7 Granja
- 8 Otro lugar especificado
- 9 Lugar no especificado

Referencias Bibliográficas:

Augsburger, AC (2004) *La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología*. *Psicología & Sociedade*; 16 (2): 71-80. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>

Recuperado: 3/01/19

Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a Revisión (1995) Washington DC: OPS

Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente CFTMEA R- 2012 (2017) Buenos Aires: Editorial Polemos 5ª Edición.

Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP (2010) Disponible en: <http://psicolog.org/la-gua-latinoamericana-de-diagnostico-psiquitrico-y-su-proceso.html>

Winnicott, D (2006) *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Ed Hormé.

Capítulo V

Instructivo Población Adulta EJE 1

Construcción profesional respecto de la demanda en la consulta Construcción profesional respecto del padecimiento subjetivo

Como dijimos en el Capítulo II, en la Planilla Única (Columna 19) se registrarán los códigos correspondientes a las tres dimensiones (Ejes I, II y III). El EJE I será consignado a propósito de cada una de las consultas e implica la lectura del-a profesional respecto de la demanda en la consulta y del padecimiento subjetivo.

Si bien están a disposición todos los códigos de la CIE-10 más los creados según necesidad sanitaria de la región provincial, el presente instructivo plantea propuestas respecto de la utilización de algunas categorías diagnósticas y sugerencias para su utilización en función de las discusiones transitadas localmente. La Décima Revisión de la CIE-10 utiliza un código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posiciones.

El siguiente cuadro es orientativo a los fines de ubicar los capítulos que establece el CIE 10 (del 1 al 6 y el 10) incorporando tres capítulos: 7- Patologías límite, 8- Conductas suicidas y 9- Problemas relacionados con la orientación sexual. Estos tres últimos capítulos se referencian en el CTMF-2015 (Clasificación Francesa de los trastornos mentales del adulto) con sus correspondencias con la CIE-10.

Los capítulos que proponemos para ordenar las referencias clasificatorias son:



- Desórdenes orgánicos psicóticos y del comportamiento
- Trastornos mentales debidos al consumo de alcohol y sicótopos
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno ideas delirantes, psicosis
- Trastornos del humor
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones traumáticas y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Patologías límite
- Conductas suicida
- Problemas psicológicos relacionados a la orientación sexual
- Desórdenes que afectan a la inteligencia- Retraso mental

A continuación presentamos para cada uno de los 10 capítulos la selección de motivos de consulta/construcciones diagnósticas, teniendo en cuenta:

- las **definiciones operativas** establecidas con la correspondiente explicitación (cuando hemos considerado necesario hacerlo) ya sea de acuerdo a la CIE-10, a la CTFMEA R-2012 o lo establecido según necesidad local;
- el **código de CIE-10** seleccionado para esa definición;
- la **nominación establecida por la CIE-10**

1- Desórdenes orgánicos psicóticos y del comportamiento

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Demencia	F03.X	Demencia, no especificada
Delirium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos	F05.9	Delirio, no especificado
Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas	F06.9	Trastorno mental no especificado debido a lesiones y disfunción cerebral y a enfermedad física
Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones	F07.9	Trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento, no especificado, debido a enfermedad lesión y disfunción cerebral
Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos	F09.X	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

2. Trastornos mentales debidos al consumo de alcohol y sicótropos

Consumos problemáticos:

Los consumos problemáticos son considerados Problemas de Salud Pública, razón por la cual se los registra en un Segundo Eje. Puede ser necesario registrarlos cuando se trata de un Motivo de Consulta o cuando aún no se puede establecer una aproximación diagnóstica más ajustada, para ello se pueden utilizar los Códigos F 10.0- F 19.9 del CIE-10 o los Códigos Z. *Se utilizan a modo descriptivo en las primeras consultas, luego se avanzará en diagnósticos relacionados a la posición subjetiva del consultante*

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Consumos problemáticos	F10.0 a F19.9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
	F10 (*)	Debidos al uso de alcohol.
	F11 (*)	Debido al uso de opiáceos.
	F12 (*)	Debido al uso de cannabinoides
	F13 (*)	Debido al uso de sedantes o hipnóticos.
	F14 (*)	Debido al uso de cocaína.
	F18 (*)	Debido al uso de disolventes volátiles
	F19 (*)	Debido al uso de múltiples drogas.
Consultas para asesoría/orientación sobre consumos problemáticos	Z71.4	Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de alcohol
	Z71.5	Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de drogas
	Z71.6	Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de tabaco

Cuarto carácter (*) Las subdivisiones de cuarto carácter deben usarse con las categorías F10 – F19 para la carga en SICAP

- 4.3 0 Intoxicación aguda.
- 4.4 1 Uso nocivo.
- 4.5 2 Síndrome de dependencia.
- 4.6 3 Estado de abstinencia.
- 4.7 4 Estado de abstinencia con delirio.

- 4.8 5 Trastorno psicótico.
- 4.9 6 Síndrome amnésico.
- 4.10 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío (incluye demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, deterioro cognoscitivo persistente)
- 4.11 8 Otros trastornos mentales y del comportamiento (se consensúa su uso para "Consumo ocasional").
- 4.12 9 Trastorno mental y del comportamiento no especificado

3. Esquizofrenia , trastornos esquizoides, psicosis

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10	Definición CIE-10
Esquizofrenia	F20.9	Esquizofrenia, no especificada
Esquizofrenia paranoide	F20.0	Esquizofrenia paranoide
Esquizofrenia hebefrénica	F20.1	Esquizofrenia hebefrénica
Esquizofrenia catatónica	F20.2	Esquizofrenia catatónica
Trastorno esquizotípico	F21.X	Trastorno esquizotípico
Trastornos delirantes persistentes (Psicosis Paranoia) (CFTM R-2015; p 222)	F22.8	Otros trastornos delirantes persistentes
Trastornos psicóticos agudos y transitorios. Bouffée delirante aguda: las ideas delirantes son en general múltiples, desorganizadas y cambiantes (sentimiento angustioso de despersonalización, cambio de identidad, transformación corporal) (CFTM-2015; p 227)	F23.9	Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado
Trastorno delirante compartido. Ideas delirantes en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra persona.	F24.X	Trastorno delirante inducido
Otros trastornos psicóticos no orgánicos (Psicosis)	F28.X	Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
Psicosis no orgánica, no especificado	F29.X	Psicosis de origen no orgánico, no especificada

4. Trastornos del humor

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
Episodio maníaco no especificado	F30.9	Episodio maníaco, no especificado
Hipomanía	F30.0	Hipomanía
Manía sin síntomas psicóticos	F30.1	Manía sin síntoma psicóticos
Manía con síntomas psicóticos	F30.2	Manía con síntoma psicóticos
Trastorno bipolar no especificado	F31.9	Trastorno afectivo bipolar, no especificado
Episodios depresivos		
Episodio depresivo leve	F32.0	Episodio depresivo leve
Episodio depresivo moderado	F32.1	Episodio depresivo moderado
Episodio depresivo grave	F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
Otros trastornos depresivos recurrentes (Melancolía)	F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
Trastorno depresivo severo sin síntomas psicóticos	F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
Trastorno depresivo con síntomas psicóticos	F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
Distimia: depresión persistente en el tiempo	F34.1	Distimia

5. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones traumáticas y somatomorfos.

Trastornos neuróticos

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
Trastornos neuróticos con preponderancia ansiosa Clasificar aquí las manifestaciones neuróticas para las cuales la expresión sintomática asume esencialmente <u>por medio de angustia</u> , bajo la forma de manifestaciones agudas o de ansiedad difusa, crónica o intermitente. (CFTMEA, 2015; p. 242) Utilizaremos este código para registrar situaciones de intensa angustia. (Construcción local)	F41.9	Trastornos de ansiedad, no especificado
Crisis de angustia paroxística o ataque de pánico Se caracteriza por su surgimiento inesperado y la brevedad de su duración. Se trata de un complejo sintomático formado por síntomas físicos y psíquicos (CFTMEA-2015; p 295)	F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
Trastornos neuróticos con preponderancia histérica	F44.9	Trastornos disociativos (de conversión) no especificado
Trastornos neuróticos con preponderancia fóbica (trastornos de ansiedad fóbica en la infancia)	F40.9	Trastornos fóbico de ansiedad, no especificado
Trastorno obsesivo-compulsivo	F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado
Caracteres neuróticos, <i>patologías neuróticas de la personalidad</i> Casos cuyo comportamiento, la relación con la realidad y la vida de relación pertenecen al registro neurótico, pero cuyos otros rasgos neuróticos están establecidos en rasgos de carácter de personalidad poco movilizables. Dichos rasgos son justificados por el sujeto como respuesta a hechos o estados impuestos por la realidad (CFTMEA,2015; p. 247)	F60.9	Trastorno de la personalidad, no especificado
Trastornos neuróticos de la personalidad con predominancia histérica	F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad

Trastornos obsesivos de la personalidad	F60.5	Trastorno anancástico de la de la personalidad
Trastornos de la personalidad ansiosa	F60.6	Trastornos de la personalidad ansiosa (evasiva/elusiva)
Trastornos fóbicos de la personalidad	F60.7	Trastorno de la personalidad dependiente
Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales. Inhibiciones	F48.8	Otros trastornos neuróticos no especificados

Trastornos traumáticos y Post traumáticos

Clasificar aquí los trastornos definidos por su aparición inmediata, reciente o diferida, en relación a su causa traumática precisa (CFTMEA, 2015; p 257)

Anotación Latinoamericana

En virtud de que la población latinoamericana ha sido gravemente expuesta a condiciones traumáticas de diversa naturaleza (desastres naturales, violencia política, represión gubernamental, crimen, entre otras muchas) y a la tendencia de esta población a negar el impacto potencial de tales experiencias sufridas en el pasado, la GLADP sugiere a quienes trabajan con pacientes de esta región, hacer un esfuerzo especial por inquirir sistemáticamente por la presencia en el paciente de antecedentes de exposición a eventos traumáticos significativos. Esto es especialmente importante en pacientes experimentando trastornos de ansiedad grave.

También debe tomarse en cuenta que, con el incremento de la confrontación política a nivel global, estos trastornos se han hecho más prevalentes y que muchos individuos expuestos a experiencias traumáticas tienen una mayor resistencia a reportar espontáneamente tales antecedentes, ante el temor de ser singularizados como victimarios y no víctimas (GLADP, 2010; p 194-5).

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
<p>Depresión reactiva Responde a los criterios mencionados pero el componente depresivo está en primer plano</p>	F32.9	Episodio depresivo, no especificado
<p>Trastorno de estrés post-traumático Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).CIE-10; p 185-186 Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante (CIE-10, p 185)</p>	F43.1	Trastorno de estrés postraumático

<p>Dificultades en los procesos de Duelo <i>Nos referimos en este caso a aquellas situaciones de duelo en las que la pérdida sigue teniendo un carácter de "actualidad" con dificultades en la tramitación del dolor (Construcción Local)</i></p> <p>Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación). La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, si bien se acepta que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante. Las manifestaciones varían, incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta (CIE-10; p. 330).</p>	<p>F43.2</p>	<p>Trastornos de adaptación</p>
<p>Procesos de duelo utilizamos esta categoría cuando se trata de consultas por situaciones en donde una pérdida se ha producido (de un miembro de la familia) o se está produciendo (por ruptura de un vínculo) o bien la pérdida está relacionada con el modo en que se registran los</p>	<p>Z63.4</p>	<p>Problemas relacionados con la desaparición o muerte de miembro de la familia</p>

cambios propios de los momentos de vida. Estas situaciones conllevan un sufrimiento que puede requerir un acompañamiento, intervenciones de parte del equipo (Construcción local)	Z63.5	Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
	Z60.0	Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
Hospitalismo	F43.8	Otras reacciones al estrés grave
Efectos subjetivos de enfermedad orgánica- Elaboración psicológica de síntomas somáticos	F68.0	Elaboración de síntomas físicos por causa psicológica
Modificación durable de la personalidad consecutiva a una experiencia de catástrofe, estrés, síndrome doloroso persistente a una enfermedad: Modificación significativa y durable de la personalidad, superior a dos años, después de una experiencia de catástrofe cuya intensidad objetiva no necesita la presencia de vulnerabilidad particular del sujeto. La modificación puede consistir en una actitud hostil y desafiante, aislamiento social, sentimiento de vacío o desesperanza, impresión de amenaza permanente, desinterés en relación al entorno (CFTMEA,2015; p. 261).	F62.0	Cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica
Modificación durable de la personalidad consecutiva a una enfermedad	F62.8	Otros cambios perdurables de la personalidad

Trastornos Somatomorfos

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
<p>Afecciones psicósomáticas: cuadro clínico constituido por una enfermedad somática con determinismo psíquico, sea cual pudiera ser el aparato o el órgano afectado. (eczema, alopecia, psoriasis, asma, colitis, recto-colitis)</p>	F45.0	Trastornos de somatización
<p>Trastorno Hipocondríaco: preocupación duradera respecto de la existencia eventual de uno o varios trastornos somáticos, que se traduce por quejas somáticas persistentes o por una preocupación duradera respecto de la normalidad física, o incluso pedido de confirmación de un diagnóstico hecho de manera errónea por el propio sujeto o el entorno (CFTM R- 2015; p 291).</p>	F45.2	Trastorno hipocondríaco
<p>Trastornos psicofuncionales: cuadro clínico constituido por manifestaciones funcionales sin lesiones titulares (torticolis psicógena, calambre de escritor, espasmo de llanto, hipo, tos psicógena, síndromes dolorosos psicógenos, trastornos digestivos funcionales, aerofagia, prurito psicógeno, dismenorreas psicógenas, migrañas, cefaleas psicógenas) (CFTM R- 2015; p 290-1).</p>	F45.3	Disfunción autonómica somatomorfa
<p>Neurastenia. (Síndrome de fatiga)</p>	F48.0	Neurastenia

6. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
Trastornos de la ingestión de alimentos Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa	F50.0	Anorexia nerviosa
	F50.2	Bulimia nerviosa
Trastornos no orgánicos del sueño Insomnio no orgánico Hipersomnia no orgánico Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia Terrores nocturnos Pesadillas	F51.0	Insomnio no orgánicos
	F51.1	Hipersomnia no orgánico
	F51.2	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
	F51.4	Terrores del sueño (Terrores nocturnos)
	F51.5	Pesadillas
Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánica	F52.9	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada

7. Patologías límite

En un plano clínico y psicopatológico, se destacan de manera variable en estos cuadros los siguientes elementos:

- fallas precoz de apuntalamiento de la que resultan fallas y distorsiones en la organización de la vida mental, sin embargo pueden existir capacidades adaptativas notables que se apoyan en funcionamientos en falso-self;
- deficiencias en el abordaje del campo transicional y de los soportes del pensamiento, de lo que resulta un predominio expresivo a través del cuerpo y del actuar;
- afectación del trabajo de separación y elaboración en la posición depresiva que no permiten la integración de las angustias depresivas y comportan una vulnerabilidad extrema ante la pérdida de objetos con capacidades variadas de diferenciación Sí-mismo/no Sí-mismo (difusión de identidad);
- fallas narcisísticas constantes: puede incluir una representación del Sí-mismo inaceptable que puede atacar el sentimiento de identidad; como defensa, las reacciones aparentes pueden ser frecuentes y a menudo llevar a enfrentamientos repetitivos con el entorno (p. 252).

De esto resulta una heterogeneidad estructural, sostenida por clivajes, de manera que, por un lado, se desarrollan capacidades de adaptación, mientras que por otro, persisten modalidades arcaicas de simbolización y funcionamiento mental. En el plano fenomenológico, la mayoría de los cuadros clínicos calificados como estados límites tienen en común una búsqueda exaltada alrededor de los límites en campos extremadamente diversos. Esto concierne siempre, de cerca o de lejos, al deseo, su autonomía y su legitimidad y compromete las relaciones con el poder, con las leyes físicas o sociales, la dependencia, etc. Los excesos que los caracterizan no logran ocultar un sentimiento crucial de vacío, es decir, un sentimiento de falta de ser y de soledad. Estas patologías están correlacionadas con la construcción de los fundamentos narcisistas de la personalidad. El aspecto clínico varía según la intensidad de la fragilidad narcisista y las organizaciones defensivas que intentan compensarla (CFTM R, 2015; p 252).

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
<p>Estado límite con preponderancia de trastornos de la personalidad</p> <p>Rasgos característicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sufrimiento depresivo con incapacidad para recibir ayuda y avidez, sin posibilidad de satisfacción -Sentimiento de menor valor, fallas en la regulación de la autoestima -Angustia de separación, de pérdida, de abandono, las tendencias regresivas, las conductas de dependencia -Tono depresivo a menudo envuelto con construcciones megalomaniacas y con enfrentamiento con el medio <p>Incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastornos de la personalidad de tipo narcisístico, analítico (Spitz), abandonico, personalidad falso self (Winnicot) -Ciertas manifestaciones de ansiedad, ciertos trastornos de presentación fóbica, hipocondríaca, obsesiva (CFTM R-2015; p 253) 	F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
<p>Estado límite con predominancia de trastornos del comportamiento</p> <p>Trastornos dominados por la tendencia a actuar: falta de control, trastornos de conducta en los intercambios con el otro, rechazo de las reglas sociales, repetición de fracaso, refractariedad ante las sanciones, falta de arrepentimiento. Se definen esencialmente por los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5- ausencia de límite en el aspecto moral; la empatía o la violencia social pone en peligro la tolerancia de las instituciones 6- conductas provocadoras o actuaciones que buscan de manera compulsiva poner a prueba los límites fijados por lo imposible, lo prohibido o las reglas del juego social, 7- conductas que ponen a prueba los límites de la tolerancia del cuerpo (anorexias, escarificaciones, etc.) 8- trastornos en relación con un confuso límite entre la necesidad y el deseo, donde un deseo artificial puede mantener el lugar de autonomía deseante (conductas adictivas) (CFTM R-2015; p. 254) 	F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad

<p>Trastorno especificado de la personalidad paranoica. Se caracteriza por una sensibilidad a los fracasos, a los desaires y al rencor, desconfianza, tendencia predominante a interpretar las reacciones del otro como hostiles, un sentido tenaz de sus propios derechos legítimos fuera de proporción con la situación real, sospechas injustificadas sobre la fidelidad de la pareja (CFTM R-2015; p. 255)</p>	F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad
<p>Trastornos especificados de la personalidad esquizoide. Se caracteriza por desinterés por las relaciones sociales, restricción en la variedad de expresiones emocionales hacia los demás, actividades solitarias, hedonismo limitado, preocupación excesiva por lo imaginario y la introspección, así como una indiferencia total ante las normas y las convenciones sociales (CFTM R-2015; p 255)</p>	F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad

8. Conductas Suicidas

Recordar que los intentos de suicidio se registran como Problemas de Salud Pública (Segundo Eje). Cuando emergen en la consulta (situaciones de urgencia agudas) y no es posible una aproximación diagnóstica que nos permita relacionarlo aún con una estructura subjetiva, resulta necesario registrarlo como motivo de consulta, se pueden utilizar los códigos: de X 60.0 a X 84.9

También puede ser necesario registrar la existencia de intentos previos o de ideación suicida:

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
Conductas Suicidas	X60.0 a X84.9 (**)	Lesiones autoinflingidas Intencionalmente
Tentativas de suicidio previas	Z91.5	Historia personal de lesiones intencionalmente autoinflingidas
Ideación Suicida	R45.8	Otros síntomas y signos relativos al humor

(**) Las subdivisiones del cuarto carácter corresponden al lugar donde ocurre:

Cuarto carácter:

- .0 Vivienda
- .1 Institución residencial
- .2 Escuela y otras instituciones y áreas administrativas
- .3 Áreas de deporte y atletismo
- .4 Calles y carreteras
- .5 Comercio y áreas de servicio
- .6 Área industrial y de la construcción
- .7 Granja
- .8 Otros lugar especificado
- .9 Lugar no especificado

En el capítulo VIII presentamos una selección de códigos teniendo en cuenta la frecuencia y letalidad (sobreingesta, ahorcamiento, armas de fuego, arrojarse)

9. Problemas psicológicos relacionados a la orientación sexual

Recomendamos la utilización de los códigos Z a los fines de no propiciar patologización de los malestares referidos a los procesos/modalidades de sexuación

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente	Z70.1	Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente
Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona	Z70.2	Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona
Otras consultas sexuales específicas	Z70.8	Otras consultas sexuales específicas

Cuando, aún teniendo en cuenta la advertencia anterior, se considere que se trata de un Trastorno de la inclinación sexual se podrán utilizar los códigos F65

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Código CIE-10	Definición CIE-10
Fetichismo	F65.0	Fetichismo
Exhibicionismo	F65.2	Exhibicionismo
Escoptofilia	F65.3	Voyeurismo
Paidofilia	F65.4	Pedofilia
Sadomasoquismo	F65.5	Sadomasoquismo
Trastorno de la inclinación sexual sin especificación	F65.9	Trastorno de la preferencia sexual, no especificado

10. Desórdenes que afectan a la inteligencia - Retraso mental

Clasificar aquí todas las formas en las cuales los trastornos de inteligencia aparecen fijados y constituyen el elemento central del cuadro clínico

Motivos de Consulta/ Diagnósticos	Códigos CIE-10
Retraso mental leve	F70 (***)
Retraso mental moderado	F71 (***)
Retraso mental grave	F72 (***)
Retraso mental profundo	F73 (***)
Otros tipos de retraso mental ⁸	F78 (***)
Retraso mental no especificado ⁹	F79 (***)

(***) Para el grupo **F70 a F79** se deberá utilizar el cuarto carácter para identificar el grado de deterioro de la conducta:

- .0 Deterioro del comportamiento nulo o mínimo
- .1 Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- .8 Otros deterioros del comportamiento
- .9 Deterioro del comportamiento de grado no especificado

Para tener en cuenta:

En el caso de **consultas por Violencia, Abuso sexual**, podría haber dos formas de presentación de las mismas, una ligada al motivo de consulta (tratándose de una consulta en una situación aguda), en este caso se utilizan los Códigos T en el Primer Código¹⁰:

T 74.1: Abuso físico -síndrome de la esposa-o maltratada.

T 74.2: Abuso sexual.

⁸Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

⁹En estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las categorías anteriores

¹⁰En este caso se obvia el segundo código como problema prioritario y se colocaría en su lugar la causa externa correspondiente como se especifica más adelante.



T 74.3: Abuso psicológico.

T 74.8: Otros síndromes de maltrato (Formas mixtas)

T 74.9: Síndrome de maltrato (no especificado) incluye efecto del abuso en el adulto o niño.

T 74.4 (ya creado): Violencia entre pares.

Un segundo modo de presentación podría ser cuando el motivo de consulta es otro (angustia/ansiedad/insomnio) y en el transcurso de entrevistas se reconstruye situaciones de abuso/maltrato. En este caso estas situaciones de abuso/maltrato se registrarán en un segundo código como problemas de salud o códigos Z (ver Anexo II).

Referencias Bibliográficas:

Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a Revisión (1995) Washington DC: OPS

Clasificación francesa de los trastornos mentales del adulto. CFTM R-2015 (2017) Buenos Aires: Editorial Polemos 5ª Edición.

Capítulo VI

Registro de Dispositivos grupales

Galli (2013) nos dice que cuando se habla de “desinstitucionalización” en salud mental se hace referencia a la tarea de deconstruir las producciones institucionales existentes que constituyen los imaginarios compartidos culturalmente que exceden a los manicomios reales.

Deconstrucción y creación a partir de generar experiencias alternativas que se van convirtiendo en nuevos dispositivos e instituciones en constante transformación; pasar de la tutela, la punición y/o la exclusión al “hacerse cargo” de las complejidades en juego en cada situación particular; buscar comprender y ayudar a entender, a crear redes donde existe desolación, para descubrir o inventar sentidos y recuperar o lograr un lugar en el mundo para los que están aislados en el propio dolor, apareciendo éste de las múltiples maneras en las que puede expresarse, que es a lo que llamamos síntomas(Galli, 2013; p IV.)

En nuestros procesos de trabajo el componente estratégico en las planificaciones ha sido valorado positivamente frente a los programas verticalistas. Esto ha llevado a que los equipos desarrollen experiencias participativas y creativas frente a problemáticas que se les plantean en el desarrollo de los procesos de atención. Si esta riqueza de experiencias no es acompañada con el fortalecimiento de las condiciones políticas, materiales y técnicas para su desarrollo, las prácticas no se sostienen y corren el riesgo de discontinuarse, transformándose en precarias.

Galende (1997) plantea que el objeto de la salud mental excede al individuo o los conjuntos sociales. Este objeto refiere a las relaciones que permiten pensar al individuo y su comunidad. Es en este sentido que señala que las

intervenciones deberán, por lo tanto, direccionarse a la restitución de lazos y vínculos sociales.

Las problemáticas en salud mental ponen en primer plano los modos en que en una sociedad, en un momento histórico y en los distintos espacios territorializados se modulan las condiciones del lazo social.

Esta concepción de Salud Mental como campo de problemas nos lleva a revisar las prácticas tradicionales en salud mental. Cuando éstas se identifican exclusivamente en términos de disciplina o de especialidad corren el riesgo de “patologizar/psicopatologizar” los problemas poblacionales que las modulaciones del lazo social condicionan.

Promover prácticas en salud mental direccionadas a la “restitución de lazos y vínculos sociales” (Galende, 1997) y no a la patologización implica trabajar en el marco de la estrategia de atención primaria. En este sentido, en el ámbito de la Salud Pública en la provincia de Santa Fe, existen experiencias de sostenimiento de dispositivos grupales cuyo primer objetivo apunta en la dirección que nos señala Galende. Se trata de numerosos trabajos que históricamente se han sostenido para abordar las condiciones de la subjetividad y la producción de lazos en pos de la equidad.

Es así que los distintos equipos, en los procesos de atención identifican obstáculos que emergen en su complejidad y que se van construyendo como **problemas**. Esos mismos equipos agendan esos problemas y establecen estrategias para ponerse en condiciones de intervenir sobre algunas aristas de esa complejidad. Para ello se proponen generar otros modos de lazo con grupos poblacionales. Somos conscientes que esa riqueza a la hora de la construcción se constituye en una debilidad si no logra articularse en políticas de gestión que produzcan el marco necesario para proyectarse y sostenerse en el tiempo. La tensión institucionalización/dispositivos requiere ser analizada ya que ambos procesos pueden vulnerar la producción de subjetividad.

¿De qué se tratan estos dispositivos?

Estas prácticas que conforman los llamados “Dispositivos Grupales” no tienen un formato único, son absolutamente heterogéneas. Al intentar dilucidar esas heterogeneidades fueron visualizándose las historias particulares, que a partir de prácticas institucionales y comunitarias recortaron diferentes problemas frente a los cuales se instaló como respuesta la conformación de estos dispositivos.

Los caracterizamos en tres “tipos” de dispositivos a los fines de poder identificar historicidades y procesos que dan lugar a su surgimiento, sabiendo que en la realidad cotidiana se entrecruzan permanentemente.

1) Nos encontramos con relatos de **procesos de atención** que mostraban debilidades, interrogando acerca de la eficacia de los mismos. Cuando se logra recuperar las cuotas de responsabilidad que los distintos espacios de gestión tienen y pensar en clave de problemas (no sólo intermedios, es decir, de organización de procesos institucionales) vemos cómo se producen otras alternativas de respuesta. Estas alternativas refieren a **poblaciones que no encajan en los procesos de atención tradicionales**, que no encajan en los encuadres de “consultorio”, de consulta con horario preestablecido, de respuesta a las prescripciones del profesional. Si bien se trata de personas, grupos que circulan por los centros de salud, a menudo despliegan escenas violentas, demandas imperiosas o lo transitan con demandas difusas y permanentes. No se constituyen en “pacientes”, al menos en el sentido tradicional, impotentizan a los equipos frente a la falta de cuidados, a la falta de continuidad en los tratamientos, a la precariedad de los lazos con otros y a la repetición de situaciones mortíferas (violencia, abandono, consumos). Esto va recortando problemas definidos a veces en torno a micro territorios (de mayor vulnerabilidad), a grupos poblacionales más vulnerables: discapacitados, infancia, mujeres, adolescentes, consumos problemáticos, patologías crónicas, etc. A partir de la lectura del problema se construyen propuestas de trabajo que acerquen de otro modo, de un modo más horizontalizado, que abran a otras posibilidades de diálogo, que alojen para que otra demanda se pueda vehiculizar y que permita abordar los procesos de cuidado desde otro tiempo/lugar.

Se trata de habilitar otras llegadas a los espacios de salud. Son dispositivos que tienen como horizonte el desarrollo de mayor equidad, ya que se dirigen a aquellos que se identifica como más vulnerados en sus

derechos. Sabemos que la población con mayor acumulación de capitales materiales, culturales y simbólicos tiene mayores posibilidades de agendar sus demandas y mayor accesibilidad a los recursos asistenciales, o sea, que se encuentra en mejores condiciones de ejercer sus derechos. Aquellos sectores poblacionales en donde es mayor aún la vulneración de derechos tienen menor accesibilidad a los bienes sociales, lo cual los vulnera doblemente, amenazando con producir segregación.

2) **Población de "usuarios" de salud mental.** Se trata de una población que siempre estuvo pero que a partir de la Ley Provincial de Salud Mental (10672/1991) y más actualmente de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (26657/2010) se visibiliza como "población del sistema de salud", no del manicomio. Con todas las dificultades y contratiempos se va desdibujando la absoluta hegemonía de la propuesta manicomial como lugar de "estos pacientes". Las internaciones en el segundo nivel van progresivamente en aumento, también la necesidad de pensar **alternativas de "tratamiento" para padecimientos subjetivos** de larga data. En este sentido se requieren estrategias que más allá de la psicoterapia y farmacoterapia se planteen como horizonte la inclusión. Esto implica la posibilidad de revisar procesos de atención/cuidado con la participación y protagonismo de los usuarios como sujetos desde una perspectiva de derecho.

3) Propuestas referidas a las **condiciones del lazo social**, a propiciar espacios de intercambio que posibiliten la inclusión sin recortar o focalizar en determinados grupos. Se trata de actividades que posibilitan el armado de espacios de sociabilidad, de intercambio para hacer frente a los aislamientos que las condiciones de vida imponen por la vía de alentar a defenderse de la inseguridad en encierros cada vez más enloquecedores, donde el otro siempre aparece como potencialmente peligroso. Se proponen el establecimiento de espacios de hospitalidad, de solidaridad. Funcionan como dispositivos de promoción de salud para algunos grupos y para otros como posibilidades de incluirse en un lazo más propiciador de las singularidades sin que devengan en estigmas.

Como decíamos no es posible clasificar estrictamente los espacios existentes, podremos ver que en los objetivos de cada uno de ellos resulta dominante una u otra propuesta.

Como ejes vertebrantes en los tres tipos podemos remarcar:

- la construcción de los espacios a partir de la problematización de las dificultades en los **procesos de atención**, convocando a diversos actores/análisis crítico de los propios procesos de trabajo,
- la ubicación/caracterización de **las modalidades de lazo social** y la necesidad de intervenir propiciando otras condiciones,
- el carácter de **interdisciplinariedad/construcción colectiva/interinstitucional/intersectorial**,
- el recurso al arte/actividades culturales como posibilidad de construir **objetos culturales/cultura como espacio de experiencia**,
- la posibilidad de tejer redes que sustenten la aparición de sujetos frente a las objetalizaciones que las modalidades de lazo social propician/promueven el desarrollo de autonomía.

Es por todo lo expuesto que los **Dispositivos Grupales forman parte de los procesos de atención**, son en realidad expresión de la complejización de los mismos en función de advertir que las necesidades poblacionales en salud requieren de estrategias atención/cuidado que efectivicen la accesibilidad de aquellos grupos vulnerados en sus derechos. En este marco es importante el registro de los mismos a los fines de visibilizar estas estrategias en los procesos de atención y revisar los recorridos de los usuarios-as en el sistema de atención.

Estos dispositivos pueden registrarse en los sistemas existentes (SISR o SICAP) siguiendo el mismo proceso que el establecido para el registro de las consultas ambulatorias. El Código relativo a la construcción profesional respecto del padecimiento subjetivo (EJE I) será definido interdisciplinariamente, por lo tanto no se abordará en esta propuesta de registro. En función de lo desarrollado más arriba, resulta de importancia el registro de los EJES II y III, ya que los Dispositivos constituyen una estrategia elaborada por los equipos para abordar procesos de atención ante problemas complejos en poblaciones con derechos vulnerados.

Desde el año 2017 (a partir de la necesidad de diferentes dispositivos existentes en la provincia), se dispone para el registro de los mismos la existencia de un nuevo SERVICIO llamado DISPOSITIVOS INTERDISCIPLINARIOS. Se denomina de esta manera a aquellos dispositivos grupales interdisciplinarios/intersectoriales cuyas intervenciones se producen en el marco de un Proyecto Terapéutico,



realizan diagnósticos, prácticas y tratamientos y surgen de un servicio de salud, aunque pueden intervenir otros sectores como educación o cultura.

No se registrarían con esta denominación las actividades enmarcadas en proyectos de promoción, prevención, educación para la salud que corresponden a otro tipo de procesos de trabajo sanitario. En el caso de usar SICAP estas actividades pueden registrarse como TALLERES.

Operatoria: Uno de los coordinadores del Dispositivo (autodesignado para el registro) registrará en la Planilla Única (SIS Rosario/SICAP) aquellas atenciones realizadas en el marco del dispositivo o directamente lo cargará en el sistema informático correspondiente. Esta información luego se podrá recuperar de los reportes producidos por los sistemas.

Referencias Bibliográficas:

Galende, E (1997) *"De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual"* Buenos Aires: Ed. Paidós.

Galli, V (2013) *"Problemáticas de salud mental en la Argentina"* en Voces en el Fénix, nº 12 En estado crítico. FCE, UBA

Disponible en:

<http://www.vocesenelfenix.com/content/problem%C3%A1ticas-de-salud-mental-en-la-argentina>

Capítulo VII

Codificación Niñez y Adolescencia (EJE I)

En este capítulo se presentan códigos seleccionados agrupados y sugeridos de acuerdo a la caracterización realizada en el Capítulo IV. Recordar que en los sistemas informáticos utilizados se encuentran todos los códigos existentes en la CIE-10 y los creados según necesidad sanitaria de esta gestión provincial, o sea que las posibilidades de codificación exceden este compilado. La Décima Revisión de la CIE-10 utiliza un código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posiciones.

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Delirium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos	F05.9
Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas	F06.9
Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones	F07.9
Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar	F09.X

2- Autismo y trastornos invasivos del desarrollo

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Autismo infantil precoz (tipo Kanner)	F84.0
Autismo atípico	F84.1
Síndrome de Asperger	F84.5
Disarmonías múltiples y complejas del desarrollo – Disarmonías psicóticas	F84.8
2.1- Esquizofrenias	
Esquizofrenia	F20.9
Esquizofrenia paranoide	F20.0
Esquizofrenia hebefrénica	F20.1
2.2 -Trastornos delirantes persistentes	F22.9
2.3 - Trastornos psicóticos agudos y transitorios	F23.9
2.4 – Psicosis	F28.X

3 - Trastornos tímicos

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Episodio maníaco.	F30.9
Hipomanía	F30.0
Manía sin síntomas psicóticos	F30.1
Manía con síntomas psicóticos	F30.2
Trastorno bipolar	F31.9
Episodios depresivos.	
Episodio depresivo leve	F32.0
Episodio depresivo moderado	F32.1
Episodio depresivo grave con dimensión melancólica	F32.2
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	F33.2
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	F33.3

4- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

4.1 *Trastornos neuróticos*

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Angustia intensa, ansiedad	F41.9
Con preponderancia histérica	F44.9
Con preponderancia fóbica (trastornos de ansiedad fóbica en la infancia)	F40.9
Con preponderancia obsesivo-compulsivo	F42.9

Caracteres neuróticos, <i>patologías neuróticas de la personalidad</i>	F60.9
Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales (trastorno específico mixto del desarrollo). Inhibiciones	F48.8

4.2 *Trastornos secundarios a situaciones estresantes – Trastornos Reactivos*

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Depresión reactiva	F32.9
Reacción al estrés agudo	F43.0
Trastorno de estrés post-traumático	F43.1
Dificultades en procesos de Duelo	
Procesos de duelo	F43.2
Desaparición o muerte de miembro de la familia	Z63.4
Ruptura familiar por separación o divorcio	Z63.5
Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital	Z60.0
Hospitalismo	F43.8
Efectos subjetivos de enfermedad orgánica. Elaboración psicológica de síntomas somáticos	F68.0
Modificación durable de la personalidad consecutiva a una experiencia de catástrofe	F62.0
Modificación durable de la personalidad consecutiva a enfermedad	F62.8

- Trastornos de la expresión somática

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Afecciones psicosomáticas	F45.0
Trastornos Psicofuncionales	F45.3
Trastorno hipocondríaco	F45.2
Enuresis	F98.0
Encopresis	F98.1
Trastorno del sueño	
Insomnio no orgánico	F51.0
Hipersomnia no orgánico	F51.1
Trastorno no orgánico del ciclo sueño/vigilia	F51.2
Terroros nocturnos	F51.4
Pesadillas	F51.5
Retraso psicógeno del crecimiento	F94.8 y R62.0
Otros trastornos de expresión somática	F98.8

- Patologías Límite

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Disarmonías evolutivas	F60.3
Patología límite con preponderancia de los trastornos de la personalidad	F92.8
Patología límite con preponderancia Esquizotípica	F21.X
Patología límite con preponderancia comportamental	F91.9
Depresiones ligadas a patologías límites	F92.0

6. Deficiencias Mentales

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Retraso mental leve	F70 (*)
Retraso mental moderado	F71(*)
Retraso mental grave	F72(*)
Retraso mental profundo	F 73(*)
Otros tipos de retraso mental ¹¹	F78(*)
Retraso mental no especificado ¹²	F79(*)

(*) Para el grupo **F70 a F79** se deberá utilizar el cuarto carácter para identificar el grado de deterioro de la conducta:

¹¹ Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

¹² En estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las categorías anteriores.

- .0 Deterioro del comportamiento nulo o mínimo
- .1 Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- .8 Otros deterioros del comportamiento
- .9 Deterioro del comportamiento de grado no especificado

7- Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	F80.9
Retraso del habla	F80.1
Mutismo total	F94.8
Mutismo selectivo	F94.0
Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	F81.9
Trastorno específico del desarrollo psicomotor	F82.X
Trastorno específico del desarrollo mixto	F83.X

8. Trastornos de la conducta y del comportamiento

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Consumos problemáticos uso de alcohol uso de opiáceos uso de cannabinoides uso de sedantes o hipnóticos uso de cocaína uso de otros estimulantes uso de alucinógenos uso de disolventes volátiles uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	F10- F 19 F10 (**) F11 (**) F12 (**) F13 (**) F14 (**) F15 (**) F16 (**) F18 (**) F19 (**) (**)Para el grupo F10 a F19 se deberá utilizar el cuarto carácter <i>.0: Intoxicación aguda.</i> <i>.1: Uso nocivo.</i> <i>.2: Síndrome de dependencia.</i> <i>.3: Estado de abstinencia.</i> <i>.4: Estado de abstinencia con delirio.</i> <i>.5: Trastorno psicótico.</i> <i>.6: Síndrome amnésico.</i> <i>.7: Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío (incluye demencia alcohólica)</i> <i>.8: Consumo ocasional</i> <i>.9: Trastorno mental y del comportamiento no especificado</i>
Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de alcohol	Z71.4
Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de drogas	Z71.5

Consulta para asesoría y vigilancia del abuso de tabaco	Z71.6
Trastornos hiperquinéticos con trastornos de atención	
Trastorno de la actividad y de la atención	F90.0
Trastorno hiperquinético disocial	F90.1
Trastornos de la conducta alimentaria	
Anorexia nerviosa	F50.0
Anorexia nerviosa atípica	F50.1
Bulimia nerviosa	F50.2
Bulimia nerviosa atípica	F50.3
Trastornos de la conducta alimentaria del lactante y del niño	F98.2
Conductas Suicidas	X 0 a X84: Lesiones autoinflingidas
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente	X60.0 a X69.9 (***)
Lesión autoinflingida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	X70.0 a X70.9(***)
Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de arma	X72.0 a X74.9(***)
Lesión autoinflingida intencionalmente por humo, fuego y llamas	X76.0 a X77.9(***)
Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto cortante	X78.0 a X78.9(***)

<p>Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento</p>	<p>X81.0 a X81.9(***)</p> <p>(***)Para el grupo X60 a X84 se deberá utilizar el cuarto carácter</p> <p>.0 Vivienda .1 Institución residencial .2 Escuela y otras instituciones y áreas administrativas .3 Áreas de deporte y atletismo .4 Calles y carreteras .5 Comercio y áreas de servicio .6 Área industrial y de la construcción .7 Granja .8 Otros lugar especificado .9 Lugar no especificado</p>
<p>Tentativas de suicidio previas</p>	<p>Z91.5</p>
<p>Ideas de suicidio</p>	<p>R45.8</p>
<p>Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia</p>	<p>F93.1</p>
<p>Trastornos de angustia de separación</p>	<p>F93.0</p>
<p>Trastornos de la Identidad y de la conducta sexual</p> <p>Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente</p> <p>Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona</p>	<p>Z70.1</p> <p>Z70.2</p>



Otras consultas sexuales específicas	Z70.8
Hipersexualización en niños, niñas y adolescentes/desorganización y/o ausencia de diques/descargas pulsionales	F66.0
Fobias escolares	F94.8
Otros trastornos caracterizados de la conducta	
Piromanía	F63.1
Cleptomanía	F63.2
Tricotilomanía	F63.3
Fugas	F91.2
Conductas de riesgo	F91.1

Capítulo VIII

Codificación Población Adulta – EJE I

En este capítulo se presentan códigos seleccionados agrupados y sugeridos de acuerdo a la caracterización realizada en el Capítulo IV. Recordar que en los sistemas informáticos utilizados se encuentran todos los códigos existentes en la CIE-10 y los creados según necesidad sanitaria de esta gestión provincial, o sea que las posibilidades de codificación exceden este compilado. La Décima Revisión de la CIE-10 utiliza un código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posiciones.

1- Desórdenes orgánicos psicóticos y del comportamiento

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Demencia, no especificada	F03.X
Delirium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos	F05.9
Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas	F06.9
Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones	F07.9
Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar	F09.X

2- Trastornos mentales debidos al consumo de alcohol y sicótopos

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Debido al uso de alcohol	F10(*)
Debido al uso de opiáceos	F11(*)
Debido al uso de cannabinoides	F12(*)
Debido al uso de sedantes o hipnóticos	F13(*)
Debido al uso de cocaína	F14(*)
Debido al uso de disolventes volátiles	F18(*)
Debido al uso de múltiples drogas	F19(*)
	(*) Para el grupo F10 a F19 se deberá utilizar el cuarto carácter <i>.0: Intoxicación aguda</i> <i>.1: Uso nocivo</i> <i>.2: Síndrome de dependencia</i> <i>.3: Estado de abstinencia</i> <i>.4: Estado de abstinencia con delirio</i> <i>.5: Trastorno psicótico</i> <i>.6: Síndrome amnésico</i> <i>.7: Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío (incluye demencia alcohólica)</i> <i>.8: Consumo ocasional</i>

3- Esquizofrenia , trastornos esquizoides, psicosis

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Esquizofrenia	F20.9
Esquizofrenia paranoide	F20.0
Esquizofrenia hebefrénica	F20.1
Esquizofrenia catatónica	F20.2
Trastorno esquizotípico	F21.X
Trastornos delirantes persistentes (Paranoia)	F22.8
Trastornos psicóticos agudos y transitorios Bouffée delirante aguda	F23.9
Trastorno delirante compartido	F24.X
Psicosis	F28.X
Psicosis de origen no orgánico, no especificada	F29.X

4 - Trastornos del humor

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Episodio maníaco	F30.9
Hipomanía	F30.0
Manía sin síntomas psicóticos	F30.1
Manía con síntomas psicóticos	F30.2
Trastorno bipolar	F31.9
Episodio depresivo leve	F32.0
Episodio depresivo moderado	F32.1
Episodio depresivo grave	F32.2

Episodio depresivo recurrente. Melancolía	F33.8
Trastorno depresivo severo sin síntomas psicóticos	F33.2
Trastorno depresivo con síntomas psicóticos	F33.3
Distimia: depresión persistente en el tiempo	F34.1

5- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Trastornos neuróticos, Caracteres

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Angustia intensa, ansiedad	F41.9
Crisis de angustia paroxística o ataque de pánico	F41.0
Con preponderancia histérica	F44.9
Con preponderancia fóbica	F40.9
Con preponderancia obsesivo-compulsivo	F42.9
Caracteres neuróticos, <i>patologías neuróticas de la personalidad</i>	F60.9
predominancia histérica	F60.4
predominancia obsesiva	F60.5
personalidad ansiosa	F60.6
predominancia fóbica	F60.7
Inhibiciones	F48.8

Trastornos Reactivos, secundarios a situaciones estresantes

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Depresión reactiva	F32.9
Reacción al estrés agudo	F43.0
Trastorno de estrés post-traumático	F43.1
Dificultades en procesos de Duelo	
Procesos de duelo	F43.2
Desaparición o muerte de miembro de la familia	Z63.4
Ruptura familiar por separación o divorcio	Z63.5
Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital	Z60.0
Hospitalismo	F43.8
Efectos subjetivos de enfermedad orgánica- Elaboración psicológica de síntomas somáticos	F68.0
Modificación durable de la personalidad consecutiva a una experiencia de catástrofe	F62.0
Modificación durable de la personalidad consecutiva a enfermedad	F62.8

Trastornos Somatomorfos

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Afecciones psicósomáticas	F45.0
Trastorno Hipocondríaco	F45.2
Trastornos psicofuncionales	F45.3
Neurastenia. (Síndrome de fatiga)	F48.0

6- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Anorexia nerviosa.	F50.0
Bulimia	F50.2
<i>Trastornos no orgánicos del sueño</i>	
Insomnio no orgánico	F51.0
Hipersomnias no orgánicas	F51.1
Trastorno no orgánico del ciclo sueño/vigilia	F51.2
Terrores nocturnos	F51.4
Pesadillas	F51.5
Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánica	F52.9

7. Patologías límite

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Estado límite con preponderancia de trastornos de la personalidad	F60.3
Estado límite con predominancia de trastornos del comportamiento.	F60.8
Trastorno especificado de la personalidad paranoica.	F60.0
Trastornos especificados de la personalidad esquizoide.	F60.1

8- Conductas Suicidas

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Conductas Suicidas	X60 a X84: Lesiones autoinflingidas
Envenenamiento autoinflingido intencionalmente	X60.0 a X69.9 (**)
Lesión autoinflingida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	X70.0 a X70.9(**)
Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de arma	X72.0 a X74.9(**)
Lesión autoinflingida intencionalmente por humo, fuego y llamas	X 76.0 a X 77.9(**)
Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto cortante	X 78.0 a X 78.9(**)
Lesión autoinflingida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	X 81.0 a X 81.9 (**)
	(**)Para el grupo X60 a X84 se deberá utilizar el cuarto carácter .0 Vivienda .1 Institución residencial .2 Escuela y otras instituciones y áreas administrativas .3 Áreas de deporte y atletismo .4 Calles y carreteras .5 Comercio y áreas de servicio .6 Área industrial y de la construcción .7 Granja

	.8 Otros lugar especificado .9 Lugar no especificado
Tentativas de suicidio previas	Z 91.5
Ideas de suicidio	R 45.8

9-Problemas psicológicos relacionados a la orientación sexual

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual del paciente	Z 70.1
Consulta relacionada con la orientación y conducta sexual de una tercera persona	Z 70.2
Otras consultas sexuales específicas	Z 70.8
Fetichismo	F 65.0
Exhibicionismo	F 65.2
Escoptofilia	F 65.3
Paidofilia	F 65.4
Sadomasoquismo	F 65.5
Trastorno de la inclinación sexual sin especificación	F 65.9

10- Desórdenes que afectan a la inteligencia - Retraso mental

Motivo de Consulta/ Diagnóstico	Código
Retraso Mental leve	F 70(***)
Retraso Mental moderado	F 71(***)
Retraso Mental grave.	F 72(***)
Retraso Mental profundo	F 73(***)

(***) Para el grupo **F70 a F79** se deberá utilizar el cuarto carácter para identificar el grado de deterioro de la conducta:

- .0 Deterioro del comportamiento nulo o mínimo
- .1 Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento
- .8 Otros deterioros del comportamiento
- .9 Deterioro del comportamiento de grado no especificado

Capítulo IX

Códigos Problemas de Salud Pública

1) Consumos

Problemas de Salud Pública	Códigos
Consumos problemáticos	
Problemas relacionados por el uso del Alcohol	Z72.1
Problemas relacionados por el uso de Drogas	Z72.2
Historia personal de abuso de sustancias psicoactivas	Z86.4
Consumos esporádicos aunque sostenidos en el tiempo	
Otros problemas relacionados con el estilo de vida (Conducta dañina a sí mismo).	Z72.8
Consumo de otros en la familia	
Historia Familiar de abuso de alcohol	Z81.1
Historia Familiar de abuso de tabaco	Z81.2
Historia Familiar de abuso de otras sustancias psicoactivas	Z81.3
Historia personal de abuso de otras sustancias	Z81.4

2) Problemas del desarrollo

Problemas de Salud Pública	Códigos
Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño	Z62.8
Trastorno del desarrollo psicológico no especificado	F89.X

3) Problemas relacionados con embarazo

Problemas de Salud Pública	Códigos
Embarazo no deseado Problemas relacionados con embarazo no deseado. A utilizar en caso de interrupción legal del embarazo(*)	Z64.0
Embarazo adolescente (embarazo de niña menor de 14 años) Supervisión de primigesta muy joven	Z35.6
Embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales	Z35.7

Como ejemplo: en el caso que se trate de una consulta por interrupción de embarazo se registrará:

Como PRIMER código:

Z64.0

Como SEGUNDO código: (ejemplo)

T74.1 *Abuso físico*

T74.2 *Abuso sexual*

T74.3 *Abuso psicológico*

Como TERCER código: (ejemplo)

Z55.1 *Problemas relacionados con la educación no disponible*

Z56.0 *Problemas relacionados con el desempleo*

Z59.0 *Problemas relacionados con falta de vivienda*

4) Violencias

4.1 - *Violencia de género*

Problemas de Salud Pública	Códigos
a) En situación aguda:	
Primer Código:	
<i>Abuso físico -síndrome de la esposa/o maltratada</i>	T74.1
<i>Abuso sexual</i>	T74.2
<i>Abuso psicológico</i>	T74.3
<i>Otros síndromes del maltrato (Formas mixtas)</i>	T74.8
<i>Síndrome de maltrato (no especificado) incluye efecto del abuso en el adulto o niño.</i>	T74.9
Segundo Código:	
<i>Agresión sexual con fuerza corporal</i>	Y05
<i>Negligencia y abandono</i>	Y06
<i>Otros síndromes de maltrato. Incluye: crueldad mental, abuso físico, abuso sexual, tortura</i>	Y07
<i>Trata (A crear)</i>	07.7
	Tanto Y 05, Y 06 como Y 07 requieren un cuarto carácter: .0 por esposo o pareja .1 por padre o madre

	<p>.2 por conocido o amigo</p> <p>.3 por autoridades oficiales</p> <p>.8 por otra persona especificada</p> <p>.9 por persona no especificada</p>
<p>b) Situaciones de violencia en el presente:</p> <p><i>Problemas en la relación entre esposos o pareja (convivientes o separados. Discrepancias entre la pareja que resultan en una pérdida de control grave o prolongada, generalización de sentimientos críticos u hostiles. Conflictos familiares por cuestiones socio-económicas, cuota alimentaria, vivienda familiar, régimen de visitas)</i></p>	<p>Z63.0</p>
<p>c) Situaciones de violencia histórica:</p> <p><i>Problemas relacionados con el abuso físico del niño - Maltrato infantil histórico.</i></p> <p><i>Problemas relacionados con experiencias negativa no especificada en la infancia (ASI) Abuso sexual infantil histórico.</i></p>	<p>Z61.6</p> <p>Z61.9</p>

4.2- Maltrato infantil

Problemas de Salud Pública	Códigos
<p>a) Maltrato infantil agudo: Se consigna:</p> <p>Primer Código:</p> <p><i>Negligencia o abandono</i></p> <p><i>Abuso físico</i></p> <p><i>Abuso psicológico</i></p> <p>Segundo Código:</p> <p><i>Síndrome de maltrato por padre o madre</i></p> <p><i>Síndrome de maltrato por conocido o amigo</i></p> <p><i>Negligencia o abandono por padre o madre</i></p> <p><i>Recordar lo señalado anteriormente respecto a los Códigos Y 06, Y 07 (requieren un cuarto dígito)</i></p>	<p>T74.0</p> <p>T74.1</p> <p>T74.3</p> <p>Y07.1</p> <p>Y07.2</p> <p>Y06.1</p> <p>Tanto Y 05, Y 06 como Y 07 requieren un cuarto carácter:</p> <p><i>.0 por esposo o pareja</i></p> <p><i>.1 por padre o madre</i></p> <p><i>.2 por conocido o amigo</i></p> <p><i>.3 por autoridades oficiales</i></p> <p><i>.8 por otra persona especificada</i></p> <p><i>.9 por persona no especificada</i></p>
<p>b) Maltrato infantil en el presente:</p> <p>Códigos a utilizar en segundo lugar cuando el maltrato infantil no fuera el</p>	

<p>motivo principal de la consulta y se reconstruye durante la consulta.</p> <p><i>Síndrome de maltrato por padre o madre</i></p> <p><i>Síndrome de maltrato por conocido o amigo</i></p> <p><i>Negligencia o abandono por padre o madre</i></p> <p><i>Recordar lo señalado anteriormente respecto a los Códigos Y 06, Y 07 (requieren un cuarto dígito)</i></p>	<p>Y07.1</p> <p>Y07.2</p> <p>Y06.1</p> <p>Tanto Y 05, Y 06 como Y 07 requieren un cuarto carácter: <i>.0 por esposo o pareja</i> <i>.1 por padre o madre</i> <i>.2 por conocido o amigo</i> <i>.3 por autoridades oficiales</i> <i>.8 por otra persona especificada</i> <i>.9 por persona no especificada</i></p>
<p>c) Maltrato infantil histórico.</p> <p><i>Problemas relacionados con el abuso físico del niño</i></p>	<p>Z61.6</p>

4.3 - Abuso sexual infantil (ASI)

Problemas de Salud Pública	Códigos
<p>a) Abuso sexual infantil (agudo)</p> <p>Primer Código: <i>Abuso sexual</i></p> <p>Segundo Código: <i>Síndrome de maltrato por padre o madre</i></p> <p><i>Síndrome de maltrato por conocido</i></p>	<p>T74.2</p> <p>Y07.1</p> <p>Y07.2</p>

o amigo	
<p>b) Abuso sexual en el presente. En caso en que el abuso sexual no fuera el motivo principal de la consulta utilizar uno de estos códigos Z:</p> <p><i>Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario</i></p> <p><i>Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario</i></p>	<p>Z61.4</p> <p>Z61.5</p>
<p>c) Abuso sexual infantil histórico. Aquel que es referido por el/la consultante y/o adolescente o adulta. Se proponen:</p> <p><i>Problemas relacionados con experiencias negativa no especificada en la infancia (ASI)</i></p>	<p>Z61.9</p>

4.4 - Violencia entre pares

Problemas de Salud Pública	Códigos
<p>Primer Código:</p> <p><i>Violencia entre pares</i> Creado a nivel provincia de Santa Fe</p>	<p>T74.4</p>
<p>Segundo Código: <i>Homicidios y lesiones inflingidas</i></p>	<p>X85-Y09 (según corresponda)</p>

por otras personas.	
---------------------	--

4.5 - Violencias institucionales

Problemas de Salud Pública	Códigos
<p>a) Casos agudos corresponde un código T en primer código y un código Y en segundo código</p> <p>Primer Código: <i>Negligencia o abandono</i> <i>Abuso físico</i> <i>Abuso psicológico</i> <i>Abuso sexual</i></p> <p>Segundo Código: <i>Síndrome de maltrato por autoridades oficiales</i></p>	<p>T74. 0 T 74.1 T 74.3 T 74.2 Y 07.3</p>
<p>b) Historia de violencia institucional Se utiliza en el segundo código:</p> <p><i>Víctimas de inseguridad o violencia institucional (creada descripción) Figura en la CIE-10 con otra descripción.</i></p>	<p>Z65.4</p>

4-6 - Intervenciones estatales vulnerabilizantes

Problemas de Salud Pública	Códigos
Problemas relacionados con la crianza en Institución	Z62.2
Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia, ingreso a un hogar adoptivo o a un hospital u otra institución	Z61.1

4-7: Violencia por desprotección estatal

Problemas de Salud Pública	Códigos
Problemas relacionados con la discriminación y persecución (disputas territoriales por economía delictiva, narcotráfico, amenazas)	Z60.5
Problemas relacionados con otros hechos negativos en la niñez	Z61.7
Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades	Z65.5
Problemas relacionados con la documentación personal (creado) (DNI, identidad, extranjeros sin documentación, certificado de nacido vivo, partidas de nacimiento, inscripciones tardías, etc.)	Z65.6
Problemas del niño, adolescente o adulto en situación de calle (creado)	Z76.6
Víctima de inundación en vivienda	X38.0
Exposición a otras fuerzas de la naturaleza, no especificada	X39.9

5. Intentos de Suicidios

Si la consulta de salud mental es por una situación en la que se produjo una lesión autoinfligida, como primer diagnóstico se registra la lesión (CODIGOS S y T de la CIE-10) y en un segundo diagnóstico se registrarán los códigos del capítulo correspondiente a causas externas: X 60.0 al X 84.9

Incluye:

X60- X69: Lesiones autoinfligidas por envenenamientos

X70: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación

X71: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión

X72: Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta

X73: Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga

X74: Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas

X75: Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo

X76: Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas

X77: Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes

X78: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante

X79: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo

X80: Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado

X81: Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento

X82: Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor

X83: Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados

X84: Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados

Los subíndices son:

.0: en vivienda

.1: en institución residencial

.2: en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas

.3: en áreas de deporte y atletismo

.4: en calles y carreteras

.5: en comercio y área de servicios

.6: en área industrial y de la construcción

.7: en granja

.8: en otro lugar especificado

.9: en lugar no especificado

En el marco de una atención de salud mental se pueden encontrar relatos de historia personal de lesiones autoinfligidas en las que el primer diagnóstico es el problema subjetivo que lo trajo a la consulta y en un segundo diagnóstico se registrarán:

Z91.5: Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente

Z91.4: Historia personal de trauma psicológico. Consulta por suicidio de familiar

6. Problemas relativos a la desafiliación:

Problemas de Salud Pública	Códigos
Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	Z63.7
Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	Z63.8
Problemas relacionados con dificultades sociosubjetivas de los padres y otros factores que inciden en la crianza	Z62.7
Historia Familiar de otros trastornos mentales y del comportamiento	Z81.8
Problemas relacionados con el abandono (hacia los hijos)	Z64.5
Problemas no especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	Z63.9

7. Discapacidad

Problemas de Salud Pública	Códigos
<i>Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad</i>	Z73.6
<i>Problemas relacionados con movilidad reducida (necesidad de gestión de transporte)</i>	Z74.0
<i>Problemas relacionados con la necesidad de ayuda para el cuidado personal (necesidad de organización familiar/comunitaria, asistente personal)</i>	Z74.1
<i>Problemas relacionados con la necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar (Internación domiciliaria)</i>	Z74.2
<i>Problemas relacionados con la necesidad de supervisión continua. Asistente terapéutico</i>	Z74.3
<i>Otros problemas relacionados con dependencia del prestador</i>	Z74.8

<i>de servicios (Incluir Salud, Pami, O.S)</i>	
<i>Problemas relacionados con persona esperando admisión en una institución apropiada en otro lugar (Ingresos a geriátricos, centros de día, CET, actividades de Rehabilitación)</i>	Z75.1
<i>Ausencia adquirida de miembros (en anexos están los cuartos dígitos)</i>	Z89

Otros códigos según necesidad pueden encontrarse en:

- Enfermedades del sistema nervioso. El Capítulo 6 de la CIE-10-ES clasifica las enfermedades del sistema nervioso en los códigos comprendidos entre las categorías G00 y G99.
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Las anomalías congénitas se encuentran clasificadas en el Capítulo 17 de CIE-10-ES entre las categorías Q00-Q99.
- Secuelas

8. Problemas alimentarios

Problemas de Salud Pública	Códigos
Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados (acceso a alimentos específicos como celíacos, dietas especiales, refuerzos alimentarios)	Z59.4
Ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad	F50.4
Problemas relacionados con dieta y hábitos alimentarios inadecuados	Z72.4
Desnutrición, falta de cuidado o negligencia (al lactante, al niño)	T74.8
Desnutrición fetal, sin mención de bajo peso o talla para la edad gestacional	P05.2

Capítulo X

EJE III

Códigos Situaciones de inequidad

Accesibilidad educativa y exclusión escolar

Inequidad	Código
Problemas relacionados analfabetismo o bajo nivel de instrucción.	Z55.0
Problemas relacionados con la educación no disponible o inaccesible (incluye exclusión escolar/reducción de jornada escolar/falta de cupo para escuela común/especial, integración)	Z55.1
Problemas relacionados con la falla en los exámenes.	Z 55.2
Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar	Z55.3
Problemas relacionados con conflictos en los vínculos con institución educativa, con maestros y compañeros	Z55.4
Otros problemas relacionados con la educación y la alfabetización. (Falta de profesionales o equipos de soporte específicos: psicopedagogía/fonoaudiología, etc.)	Z 55.8
Problema no especificado relacionado con la educación y la alfabetización	Z55.9

Migración, desarraigo, interculturalidad

Inequidad	Código
Dificultades con la adaptación cultural (migración) Migración/inmigración entre Provincias o entre Países)	Z60.3

Otras situaciones de discriminación

Inequidad	Código
Exclusión y rechazo por características personales tales como apariencia física inusual, enfermedad o comportamiento	Z60.4
Persecución o discriminación, percibida o real, por pertenecer a un grupo definido (por el color de la piel, religión, origen étnico, etc.) más que por características personales	Z60.5

Pérdida/precariedad laboral

Inequidad	Código
Problemas relacionados con el desempleo, no especificados	Z56.0
Problemas relacionados con el cambio de empleo	Z56.1
Problemas relacionados con amenaza de pérdida del empleo	Z56.2
Problemas relacionados con horario estresante de trabajo	Z56.3
Otros problemas de tensión física o mental relacionadas con el trabajo	Z56.6
Exposición a factores de riesgo ocupacional (ruido, contaminación, tóxicos, temperatura extrema, etc.)	Z57 exposición ocupacional a: Z57.0 ruido Z57.1 radiación Z57.2 polvo Z57.3 otro contaminante del

	aire Z57.4 agentes tóxicos en agricultura Z57.5 agentes tóxicos en otras industrias Z67.6 a temperatura extrema Z57.7 a vibración Z57.8 otros factores de riesgo
Problemas relacionados con bajos ingresos/precariedad laboral.	Z 59.6

Problemas relacionados con el ambiente físico

Inequidad	Código
Exposición al ruido	Z58.0
Exposición al aire contaminado	Z58.1
Exposición al agua contaminado	Z58.2
Exposición al suelo contaminado	Z58.3
Exposición a radiación	Z58.4
Exposición a otras contaminaciones del ambiente físico	Z58.5
Suministro inadecuado de agua potable	Z58.6
Otros problemas relacionados con el ambiente físico (precariedad en la eliminación de excretas como derrumbre/rebase de pozo ciego, desagües a cielo abierto, inexistencia, rebase, mal mantenimiento de zanjas)	Z58.8
Privación de agua en vivienda	X54.0

Vivienda

Inequidad	Código
Problemas relacionados con la falta de vivienda	
Problemas relacionados con vivienda inadecuada.	Z59.0
Accesibilidad a la vivienda. Defectos técnicos que impiden la atención adecuada (vinculados a requerimientos de la condición de salud)	Z59.1
Problemas caseros y con vecinos e inquilinos. Relacionados a los problemas de infraestructuras por cuestiones de construcción de la vivienda.	Z59.2
Problemas relacionados con persona que reside en una institución (discapacidad/adultos, niños/as con o sin referencias familiares/alojamiento por violencia de género/alojamiento por conflictividad territorial).	Z59.3
Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas (desalojo/alquiler/usurpación).	Z59.8
Víctima de inundación en vivienda (situaciones de familias particulares).	X38.0
Exposición a fuego no controlado en vivienda (incendio).	X01.0

Exclusión Social

Inequidad	Código
Problemas relacionados con pobreza extrema. Situaciones donde se conjuga la pobreza estructural con la desafiliación institucional, comunitaria y el deterioro/arrasamiento subjetivo.	Z59.5
Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar. (AUH, salario familiar, CUD, PNC, Obra sociales, Incluir Salud, Programas Municipales, Provinciales ej. Carenciados).	Z59.7
Problemas relacionados con ausencia de un miembro de la familia. Ausencia de niños, adolescentes o jóvenes de su entorno familiar, con o sin conocimiento de adultos responsables. Ej, sospecha de: redes de trata, de narcotráfico, de circuitos delictivos, fuga de hogar, etc.	Z63.3

Trabajo Infantil

Inequidad	Código
Trabajo Infantil Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza (se acuerda su utilización para registrar Trabajo Infantil).	Z62.7

Ausencia/insuficiencia de dispositivos sustitutivos/inaccesibilidad

Inequidad	Código
Problemas relacionados con otros servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles.	Z75.4

Inequidades relacionadas con otros Problemas de Salud

Inequidad	Código
Problemas relacionados con otros servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles (elementos ortopédicos, plantillas, muletas, anteojos, pañales, heladeras para medicación, mobiliario especial, etc.) A CREAR	Z75.6
Otros Problemas relacionados con servicios médicos y de salud (prestaciones limitadas dentro de la red de salud).	Z75.8

Situación legal, jurídica y/o de la seguridad social

Inequidad	Código
Problemas relacionados con otras circunstancias legales (custodia del niño/a o procedimiento de amparo).	Z65.3

Problemas relacionados con la situación de privación de libertad

Inequidad	Código
Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión.	Z65.0
Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.	Z65.1
Problemas relacionados con la liberación de la prisión.	Z65.2

Capítulo XI

Códigos Prácticas

Admisión

- Entrevista de Admisión: 67
- Entrevista de Admisión por otra persona Niño-a/adolescente: 67.1
- Entrevista de Admisión por otra persona Adulto: 67.2
- Entrevista de Admisión mediada por un trabajador de la red: 67.3

Admisión a Dispositivo

- Entrevista de Admisión a Dispositivo: 30
- Entrevista de Admisión a Dispositivo por otra persona Niño-a/adolescente: 30.1
- Entrevista de Admisión a Dispositivo por otra persona Adulto: 30.2
- Entrevista de Admisión Dispositivo mediada por un trabajador de la red: 30.3

Entrevistas

- Entrevista Individual: 17.1
- Entrevista por otra persona Niño-a/adolescente: 17.2.1
- Entrevista por otra persona Adulto: 17.2.2

- Entrevista de terapia de pareja: 17.3
- Entrevista de pareja en el marco de proyecto terapéutico de uno de los integrantes de la pareja: 17.3.1

- Entrevista con familiares en el marco de terapia familiar: 17.4
- Entrevista con familiares en el marco del proyecto terapéutico de uno de los integrantes del grupo familia: 17.4.1

- Entrevista de Orientación: 17.5

- Consultorio Conjunto: 9906

- Enseñanza pre quirúrgica: 5610



- Enseñanza: Procedimiento/tratamiento: 5618
- Escucha Activa: 4920
- Atención de Crisis: 6160
- Atención de Urgencia: 0105
- Intervención/Entrevista en Sala Internación: 38

Intervenciones (El paciente está presente)

- Intervención en domicilio: 37
- Intervenciones en la vía pública - personas en situación de calle: 44
- Intervenciones en la red social: 40
- Intervenciones en otras instituciones (Escuelas, CCB): 075

Abordaje/Articulación

- Abordaje/articulación interdisciplinaria (dentro de la institución): 36
- Abordaje/articulación Interinstitucional (entre la red de salud): 12
- Abordajes/ articulaciones intersectoriales: 14

Retrabajo

- Retrabajo con acompañamiento terapéutico: 9908
- Retrabajo con equipo y/o dispositivo grupal: 9917

Informes/ Certificados

- Elaboración de Informe para la DNP/NA: 9927
- Elaboración de Informe para Certificado Nacional Discapacidad: 9928
- Elaboración de Otros Informes: 9930

Capítulo XII

Listado Orientativo códigos Motivos de Consulta

Capítulo XVIII - Códigos "R": Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

(R40-R46) Síntomas de enfermedades que afectan al comportamiento y al conocimiento

- *R40.0 Somnolencia*
- *R40.1 Estupor*

- *R41 Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia.*
 - × *R41.0 Desorientación no especificada.*
 - × *R41.1 Amnesia anterógrada.*
 - × *R41.2 Amnesia retrógrada.*
 - × *R41.3 Otra amnesia.*
 - × *R41.8 Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados.*

- *R42X Mareo y desvanecimiento.*

- *R44 Otros síntomas y signos que involucran las sensaciones y percepciones generales.*
 - × *R44.0 Alucinaciones auditivas.*
 - × *R44.1 Alucinaciones visuales.*
 - × *R44.2 Otras alucinaciones.*
 - × *R44.3 Alucinaciones, no especificadas.*
 - × *R44.8 Otros síntomas y signos que involucran las sensaciones y percepciones generales y los no especificados.*

- *R45 Síntomas y signos que involucran el estado emocional.*
 - × *R45.0 Nerviosismo.*
 - × *R45.1 Inquietud y agitación.*
 - × *R45.2 Infelicidad.*

- × *R45.3* Desmoralización y apatía.
 - × *R45.4* Irritabilidad y enojo.
 - × *R45.5* Hostilidad.
 - × *R45.6* Violencia física.
 - × *R45.7* Tensión y estado de choque emocional, no especificado.
 - × *R45.8* Ideación suicida
- **R46** Síntomas y signos que involucran la apariencia y el comportamiento.
 - × *R46.0* Muy bajo nivel de higiene personal.
 - × *R46.1* Apariencia personal extraña.
 - × *R46.2* Conducta extraña e inexplicable.
 - × *R46.3* Hiperactividad.
 - × *R46.4* Lentitud y pobre respuesta.
 - × *R46.5* Susplicacia y evasividad marcadas.
 - × *R46.6* Preocupación indebida por sucesos que causan tensión.
 - × *R46.7* Verbosidad y detalles circunstanciales que oscurecen la razón de la consulta o el contacto.
 - × *R46.8* Otros síntomas y signos que involucran la apariencia y el comportamiento.

Capítulo XIX - Códigos "S,T": Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

T 74: Síndromes de maltrato

T74. 0: Negligencia o abandono.

T74.1: Abuso físico -síndrome de la esposa-o maltratada- (primer diagnóstico).

T74.2: Abuso sexual (primer diagnóstico).

T74.3: Abuso psicológico (primer diagnóstico)

T74.4 (creado a nivel provincia de Santa Fe): Violencia entre pares



T74.8: *Otros síndromes del maltrato (Formas mixtas) (primer diagnóstico).*

T74.9: *Síndrome de maltrato (no especificado) incluye efecto del abuso en el adulto o niño.*

Capítulo XXI-Códigos "Z": *Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*

Z00 – Z13: Consulta por investigación o examen

- **Z 02.0-** *Examen para admisión a institución educativa.*
- **Z 02.7-** *Extensión de certificado médico.*
- **Z02.8-** *Otros exámenes para fines administrativos.*
- **Z02.9-** *Exámenes para fines administrativos no especificados.*
- **Z04.4-** *Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.*
- **Z04.5-** *Examen y observación consecutivos a otra lesión infligida.*
- **Z10.0-** *Examen preempleo.*
- **Z13.4-** *Examen de pesquisa especial para ciertos trastornos del desarrollo en el niño.*