

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# **Programa Salud Mental Responde: telesalud mental en el contexto de pandemia por COVID-19. Análisis estadístico de la población asistida entre abril de 2020 y abril de 2021.**

Persano, Humberto Lorenzo, Azrilevich, Ana, Kugler, Maria Victoria, Iarussi, Natalia Daniela, Cangaro, Eva Maria, Pozo Gowland, Rafael, Mosquera, Ignacio José, Alul, Florencia María y Gutnisky, David.

Cita:

Persano, Humberto Lorenzo, Azrilevich, Ana, Kugler, Maria Victoria, Iarussi, Natalia Daniela, Cangaro, Eva Maria, Pozo Gowland, Rafael, Mosquera, Ignacio José, Alul, Florencia María y Gutnisky, David (2021). *Programa Salud Mental Responde: telesalud mental en el contexto de pandemia por COVID-19. Análisis estadístico de la población asistida entre abril de 2020 y abril de 2021. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/276>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/Yqd>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# PROGRAMA SALUD MENTAL RESPONDE: TELESALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA POBLACIÓN ASISTIDA ENTRE ABRIL DE 2020 Y ABRIL DE 2021

Persano, Humberto Lorenzo; Azrilevich, Ana; Kugler, Maria Victoria; Iarussi, Natalia Daniela; Cangaro, Eva Maria; Pozo Gowland, Rafael; Mosquera, Ignacio José; Alul, Florencia María; Gutnisky, David GCBA. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El Programa Salud Mental Responde (SMR) es un dispositivo de telesalud mental (Dirección General de Salud Mental - Ministerio de Salud - GCABA) que brinda evaluación, contención y orientación en salud mental, de manera remota, gratuita y accesible para la comunidad. En el presente trabajo se presentan sus objetivos y modalidades de funcionamiento, desde su creación hasta la actualidad, incluyendo la reestructuración que tuvo a partir de la pandemia Covid-19. A su vez, se llevó a cabo un estudio estadístico descriptivo y comparativo en el período anual abril 2020-2021. Durante dicho período se atendieron 13.301 llamados de los cuales 95% provinieron de la propia comunidad y el 91.2% se resolvieron en el transcurso de este llamado, lo cual demuestra la accesibilidad y eficacia del programa. El 72,2% de la muestra correspondió al género femenino. Los que más utilizaron el programa fueron sujetos de 50-59 años (20,6%). El problema prevalente detectado fue ansiedad/temor (45,3%), trastorno del ánimo (24,6%) y síntomas psicóticos (10,2%). El programa resulta beneficioso para disminuir las barreras de acceso al sistema de atención en salud mental, sirve como articulador entre diferentes niveles de atención y fue útil para reconectar a los usuarios con sus equipos tratantes durante la pandemia.

## Palabras clave

Covid-19 - Telesalud - Pandemia - Salud mental

## ABSTRACT

TELE-MENTAL HEALTH PROGRAM IN THE COVID-19 PANDEMIC CONTEXT. STATISTICAL ANALYSIS OF THE POPULATION TREATED BETWEEN APRIL 2020 AND APRIL 2021

The Telemental-health Program depends on the General Direction of Mental Health, Ministry of Health - Government Buenos Aires City. This telemental health program provides advice, assessment, and support for mental health through free phone line support. This paper focuses on its main objectives and functions from program beginnings to nowadays. The data recorded from 13,301 phone calls between April 2020 - April 2021

have been statistically analysed. Sociodemographic variables, interventions and outcomes have been recorded. Results: 95% phone calls have been provided from the general community and 91.2% of the calls have been solved during the program functioning itself; 72.2% provided from the female population. 50-59 years old people have used the program more frequently (20.6%). Sample frequency symptoms: Anxiety/fear (45.3%), mood disorders (24.6%) and psychotic symptoms (10.2%). This program facilitates mental health support to the community and it diminishes barriers during pandemic Covid-19 to the mental health services, as well as connecting patients with their therapeutic teams and it also articulates different levels of mental health services.

## Keywords

Covid-19 - Tele-health - Pandemic - Mental health

## Introducción

El Programa Salud Mental Responde (SMR) es un dispositivo dependiente de la Dirección General de Salud Mental, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que brinda orientación y atención interdisciplinaria telefónica a personas de CABA que requieran asistencia o acompañamiento por salud mental, los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día. La actualización del programa, cuyos orígenes se sitúan en el año 1997, tuvo lugar a partir de abril del 2020 en respuesta a la compleja e inesperada situación que desencadenó la pandemia por el virus Sars-Cov-2, conocida como Covid-19, y que obligó al país a tomar medidas de cuidado, a través del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). En dicho contexto, la alta demanda de atención remota que la situación de pandemia provocó en los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en particular, y en la República Argentina, en general, motivó la necesidad de refuncionalizar y optimizar los recursos existentes en Salud Mental, así como también, crear nuevos dispositivos para dar respuesta a las necesidades emergentes de la población, conforme a la legislación y marcos normativos vigentes.

El presente trabajo tiene como propósito presentar dicho programa, sus fundamentos, objetivos y modalidades de funcionamiento desde su actualización acaecida en el año 2020 en pleno contexto pandémico Covid-19, hasta la actualidad. Asimismo se propone realizar un análisis sociodemográfico de la población asistida entre abril de 2020 y abril de 2021, en base a los datos registrados por los profesionales que atienden la línea y que son almacenados en archivos digitales anónimos y confidenciales del Programa SMR.

## Marco Conceptual

### Actualización del Programa en contexto de pandemia

A partir del inicio de la pandemia por Sars-Cov2, decretada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, y la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) adoptada en nuestro país ese mismo mes, la DGSAM decidió actualizar el Programa de “Servicios Telefónicos - Salud Mental Responde” en función de las necesidades que surgieron en el campo asistencial en salud mental de CABA, y de las necesidades emergentes en la población en este contexto pandémico (Persano, H.L. et al. 2020). La actualización del programa de Salud Mental Responde (SMR), se realizó teniendo en cuenta las legislaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley N° 448 (LCABA, 2000) y la Ley N°153 (LCABA, 1999), así como también la legislación nacional dando cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657/2010). Asimismo, tanto los objetivos generales como los específicos se encuentran alineados a las recomendaciones de la OMS/OPS (2009).

Dicha actualización tiene su fundamentación en el propósito de la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la cual sostiene el desarrollo de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud (OPS, 2010). Desde esta perspectiva la actualización de este programa prevé mejorar la accesibilidad al sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos y al mismo tiempo brindar una atención equitativa, eficiente, que satisfaga mejor las expectativas y necesidades de atención de la comunidad. Dicho abordaje se realiza a través de dispositivos interdisciplinarios de telesalud en salud mental y en el marco del plan general del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires de “Cuidados Progresivos en Salud”, que en este caso se denomina “Cuidados Progresivos en Salud Mental”. Se puede decir que SMR es una medida costo-efectiva, que ha logrado en aquellos lugares donde ha sido implementada, la disminución de las internaciones y de la demanda a los servicios de urgencias en Salud Mental, puesto que provee una intervención rápida en crisis, realizando una evaluación de la situación global de cada caso para una eventual contención activa en la valoración de riesgo suicida. A su vez, es importante destacar la versatilidad que dicho dispositivo dispone, ya que, logra articularse rápidamente ante situaciones

de catástrofes, pudiendo brindar apoyo y contención psicológica de forma ágil y eficaz a través de la telesalud (OPS, 2006), (DNSMyA, 2020). Su función permite realizar el contacto inicial con el usuario, abordar un diagnóstico presuntivo, caracterizar el riesgo, realizar una contención inicial y/o una derivación a dispositivo de atención específico de ser necesario (Persano, H.L. et al. 2021), (Gutnisky, D.A. et al. 2021).

### Situación actual del Programa Salud Mental Responde

Actualmente el Programa SMR ofrece contención y orientación telefónica, las veinticuatro horas, todos los días de la semana.. Las líneas telefónicas se encuentran distribuidas en tres sedes (DGSAM, CSM N°1 “Hugo Rosarios” y Ministerio de Salud del GCABA), centralizadas en un número único (0800-333-1665), de acceso gratuito y universal. Las mismas son atendidas por profesionales, psicólogos y psiquiatras, quienes brindan una escucha activa y realizan una evaluación integral a partir del motivo de consulta referido. Consecuentemente se deciden las intervenciones pertinentes de cada caso. La consulta puede resolverse en ese contacto inicial, o dar lugar a un seguimiento (establecido en tres llamados, de acuerdo a estándares internacionales) o requerir tanto la activación del sistema de emergencias (SAME), como la derivación asistida a un efector público de salud, con criterio de georreferencia (derivación por área programática). Asimismo, durante la pandemia por Covid-19 también sirvió para la reconexión con los respectivos equipos tratantes que se vieron interrumpidas, debido a las dificultades que el ASPO generó en la atención presencial (OPS, 2020). Los datos recabados y las intervenciones realizadas en cada llamado son registrados en la Historia Integral de Salud (HIS 2.0) del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS), lo cual permite la comunicación y el trabajo articulado con otros efectores y profesionales del sistema de salud. A su vez, resulta una herramienta significativa para obtener datos epidemiológicos y sociodemográficos útiles para la definición y armado de estrategias en el desarrollo y planificación de políticas públicas en salud mental. Los datos son almacenados en archivos digitales anónimos y confidenciales (Gonzalez, C.B. et al. 2019).

### Material y Métodos

En el presente trabajo la metodología de análisis de datos fue descriptiva y retrospectiva. Los registros fueron almacenados en archivos digitales. Los datos obtenidos a partir de dichos registros fueron tratados anónimamente, respetando la confidencialidad de los usuarios. La muestra se conformó por un registro longitudinal de 13.301 llamados, registrados por el Programa SMR durante el período comprendido entre abril de 2020 y abril de 2021 (n=13.301).

Para el análisis descriptivo se utilizó la planilla de datos Excel y el SPSS.15 para los análisis comparativos. Se fija el valor de significación en ( $p < 0.05$ ).

## Resultados

Los resultados presentados parten de un total de 13.301 llamados registrados desde abril del 2020 a abril del 2021. Este dato implica un aumento de llamadas casi cinco veces más que durante años precedentes. Sobre dicho total se realizó un análisis descriptivo retrospectivo que arrojó la siguiente información. Respecto a su procedencia, los llamados provinieron significativamente de la comunidad en general (95%), ( $p < 0.001$ ), aunque también se registraron llamados de miembros del personal de salud, de la comunidad educativa, del sistema judicial y de personal de otros organismos públicos o privados. Los mismos representan un 4,34% del total. Del 0,67% restante no se obtuvieron datos de acuerdo con la información disponible.

Sobre un total de 13.301 consultantes que mantuvieron comunicación con la línea, 10.235 (76,9%) lo hicieron por problemáticas referidas a sí mismos, ( $p < 0.001$ ) mientras que 2.817 consultas (21,2%) se refirieron a un tercero. Del 1,9% restante no se cuenta con información disponible.

Del total de las personas asistidas, 7.086 no poseían cobertura alguna en salud y dependían del sistema público (53,27%), mientras que 5.734 personas asistidas (43,11%) contaban con cobertura de obra social o prepaga. Del 3,62% restante no se cuenta con información disponible. Del total de llamadas, 8.137 (61,2%), utilizaban por primera vez SMR, en tanto que 4.961 (37,3%) personas lo habían utilizado previamente, del 1,5% restante no existe información disponible.

Dentro de la población asistida, se observó una demanda significativa ( $p < 0.001$ ) por parte de personas del género femenino, 9607 (72,2%), en tanto que del género masculino 3645 (27,4%). Los llamados de personas de otros géneros representó el 0,1%, y en el 0,3% de los casos no se registró información relativa al mismo.

Con respecto al motivo de consulta referido, 7.844 (59%) de las demandas de asistencia se relacionaron con la solicitud de evaluación por salud mental, la necesidad de apoyo psicosocial y/o contención verbal, mientras que 4.730 (35,6%) de los llamados fueron llevados a cabo para solicitar orientación e información referida al campo de la salud mental y 118 (0,9%) llamados fueron demandas que no se correspondían con los objetivos de la línea.

Se registraron 124 (0,4%) llamados motivados por la necesidad de atención en situaciones de crisis o urgencia de salud mental. Se recibieron 485 (3,7%) llamados por situaciones asociadas a la interrupción de tratamientos de salud mental debido al ASPO, con un aumento de la frecuencia de este tipo de llamadas durante los meses de abril a junio de 2020, respecto al total de llamadas analizadas.

Respecto de los antecedentes de tratamientos por Salud Mental de los consultantes, 3.580 (26,9%) casos no habían recibido ningún tipo de tratamiento previo y 8.997 (67,6%) casos habían sido atendidos anteriormente por algún dispositivo de salud mental, de las cuales 301 personas habían sido hospitalizadas

en alguna oportunidad. En 724 (5,4%) casos no existe información disponible.

De las demandas de asistencia recibidas por el programa SMR, 91,2% fueron resueltas en el marco de esa misma llamada ( $p < 0.001$ ). La resolución de casos se distribuyó de la siguiente manera: 8.172 (61,4%) recibieron evaluación, contención y orientación por salud mental y 3.965 (29,8%) casos se reorientaron de acuerdo con la jurisdicción de pertenencia o por su propia cobertura de salud. En 657 casos, de acuerdo con el protocolo de SMR, se acordó un seguimiento posterior, lo que correspondió a un 4,9% del total de la muestra. En 456 (3,43%) casos se procedió a una derivación asistida para asegurar el tratamiento a través de un efector público correspondiente por área programática.

De los 124 llamados motivados por situaciones de crisis o urgencias de salud mental, asistidos de forma inmediata por el programa SMR, en 27 de estos casos se consiguió contener y resolver la situación durante el mismo llamado (21,8%), en 54 casos se orientó por área programática (43,5%), en 23 casos se requirió la activación del sistema de emergencias (SAME) (18,5%), en 10 casos se acordó un seguimiento por el dispositivo para continuar su evaluación y abordaje (8%), en 7 casos se realizó una derivación asistida a un efector de la red pública de salud (5,6%), sólo en 1 caso no se contó con información respecto de la resolución del mismo (0,8%).

Se activó el protocolo de emergencias (SAME) en 50 llamadas, (0,38%) del total de la muestra. Más de la mitad (27 llamados, 0,20%) correspondieron a situaciones de crisis no detectadas por los propios consultantes; sin embargo, los profesionales (SMR) evaluaron que los mismos estaban en situaciones de crisis o emergencia que ameritaban ser asistidos por el sistema de emergencias SAME.

Con respecto al problema prevalente, detectado por los profesionales durante el registro de datos, 6.032 casos presentaban síntomas de ansiedad/temor (45,3%). La cantidad de este tipo de llamadas durante el primer semestre del estudio fue de 3.554 llamadas sobre 6.987 (50,9%). Durante el segundo semestre del presente estudio la frecuencia disminuyó, 1.948 llamadas sobre 5.194 (37,5%). Los síntomas específicos de insomnio y otros trastornos del sueño se registraron en 130 llamadas (0,97%). Los usuarios de 60 años o más, presentaron una mayor frecuencia de sintomatología relacionada con ansiedad/temor, 2.041 llamadas sobre un total de 3.776 para ese grupo etario (54,1%). Los trastornos del ánimo ocuparon el segundo lugar con 3.278 llamadas registradas (24,6%). La frecuencia de los mismos fue más importante en el primer semestre del estudio, 1.841 (29,6%) sobre 6.223 durante el segundo semestre del estudio se registraron 539 (15,8%) sobre 3.421.

Los síntomas psicóticos ocuparon el tercer lugar con 1.352 (10,2%) registros. Los mismos aumentaron en noviembre de 2020, 122 (13,1%) sobre 933 llamadas y entre enero y abril de 2021 con 538 (15,7%) sobre 3.421 llamadas registradas.



Los síntomas de agresividad/impulsividad ocuparon el cuarto lugar con 519 registros (3,9%). Se registró, en quinto lugar, consumo problemático de sustancias en 465 llamados (3,5%). Las situaciones de violencia familiar o de género se registraron en 286 llamados (2,2%). Se recibieron 251 consultas asociadas a situaciones de duelo (1,9%), especialmente en sujetos entre los 30 y los 74 años.

Con respecto a situaciones que pusieran en riesgo la vida o autolesiones, se brindó asistencia a 70 consultas motivadas por ideación o intentos autolesivos (0,5%).

Los registros de llamadas por franjas etarias, se distribuyó de la siguiente manera: 20-29 años (11,1%), 30-39 años (14,4%), 40-49 años (17,1%), 50-59 años (20,6%), y 60-69 años (15,3%). Los niños, adolescentes y mayores de 80 años fueron los que menos utilizaron el dispositivo, con datos de 0-9 años (0,5%), 10-19 años (3,6%), mayores de 80 años (3,4%), correspondientemente. Los de 50 años y más llamaron frecuentemente para solicitar contención verbal/evaluación en salud mental y por apoyo emocional, 4580 registros de llamadas (70,3%) sobre 6519 y con respecto al total de la muestra representaron 7844 (59%) llamadas. Los niños y adolescentes utilizaron en menor proporción el programa SMR 546 llamadas y se comunicaron sobre todo para buscar información u orientación en salud mental 295 casos (54%). Lo mismo aconteció con los adultos jóvenes (20 a 49 años) donde 2.403 (42,4%) sobre 5.668 llamaron también para buscar información u orientación en salud mental.

Respecto de la población infanto-juvenil, en el rango etario de 10 a 19 años se registraron un total de 484 consultas (3,6%) sobre el total 13.301. Los problemas prevalentes detectados fueron: 163 usuarios presentaron ansiedad/temor (33,7%), en 98 de los llamados se registraron trastornos del ánimo (20%), en 34 usuarios se identificaron síntomas psicóticos (7,0%), en 15 casos consumo problemático de sustancias (3,1%), en 14 casos se registraron situaciones de violencia familiar (2,9%), en 6 llamados se evaluó ideación suicida (1,2%) y sólo en 2 casos se detectaron problemáticas de duelo (0,4%).

En relación al motivo del llamado de dicho grupo, 255 casos se comunicaron para solicitar búsqueda de información/orientación (52,7%), 9 usuarios llamaron por crisis /urgencia (1,9%), 205 llamados se comunicaron para evaluación/apoyo psicosocial/contención verbal (42,4%) y por último en 12 casos se estableció comunicación con el dispositivo por interrupción del tratamiento. En 3 casos no se registró motivo del llamado.

Del total de 484 llamados de la población entre 10 y 19 años, en 5 casos se activó dispositivo de urgencia (1,0%), en 35 llamados se acordó una comunicación posterior desde SMR (7,2%), 16 casos requirieron derivación a efector por área programática (3,3%), 231 llamados fueron reorientados por área programática/jurisdicción o cobertura social (47,72%), y 195 llamados se resolvieron en la misma comunicación (40,3%).

## Discusión

El programa SMR aumentó significativamente su capacidad de atención en relación a años anteriores con lo cual demostró su eficacia durante la pandemia Covid-19 y las disposiciones ASPO y DISPO. El cambio no fue sólo cuantitativo sino también cualitativo, puesto que, cambió de ser un sistema de operadores telefónicos a ser un programa asistido por profesionales del campo de la salud mental, psicólogos y psiquiatras. Las demandas de asistencia, solicitud de evaluación por salud mental, apoyo psicosocial y/o contención verbal representaron las acciones asistenciales del programa en la mayor parte de la muestra (59%). También pasó de ser un dispositivo de asesoramiento e información en salud mental a asistir a sujetos de la comunidad y a registrar los datos en el sistema unificado de registros electrónicos en salud a través de la HIS-2, (Persano, H. et al. 2021), lo cual trajo aparejado el empadronamiento de muchos sujetos en el sistema unificado de salud por primera vez. La atención a sujetos de la comunidad fue significativa viéndose esto representado en los registros obtenidos en forma concluyente (95%), ( $p < 0.001$ ). Estos cambios mejoraron las prestaciones ofrecidas, así como el rango horario de asistencia y la frecuencia asistencial, que redundaron en un alivio, a su vez, para todo el sistema de salud. El programa SMR disminuyó las barreras de acceso a la atención en salud mental y facilitó la reconexión con los equipos tratantes, así como permitió resolver situaciones de crisis (Gutnisky, D. et al. 2021).

Del análisis descriptivo y comparativo durante el período abril 2020/2021 también se desprende que la comunidad lo utilizó para resolver las situaciones de los consultantes por sí mismos en forma significativa (76,9%), ( $p < 0.001$ ), aunque también fue utilizado para consultar por otras personas, especialmente del núcleo familiar o conviviente. También, se desprende de dicho análisis que el 53,27% de la población consultante no tenía ningún tipo de cobertura en salud y eso permite colegir que favorece la accesibilidad y la equidad en salud, especialmente en salud mental que generalmente resulta un área desfavorecida. También, se puede inferir que los consultantes a pesar de tener cobertura por algún tipo de obra social o prepago, utilizaron el programa con una frecuencia remarcable, igual que las consultas recibidas de otras jurisdicciones (29,8%), ya sea por ausencia de prestaciones en el subsector o jurisdicción o por la facilidad de acceso al mismo, lo cual le otorga un valor aún mayor a sus intervenciones. El programa SMR es un dispositivo de acceso a un primer contacto en salud mental para la comunidad, lo cual posibilitó que muchos hicieran uso del mismo por primera vez (61,2%). La distribución por género determinó que las mujeres lo utilizaron en forma significativa (72,2%), ( $p < 0.001$ ), aunque en el estado actual del conocimiento sobre el tema se desconoce por qué, pero es coincidente con otros datos provenientes de otros lugares del mundo. A pesar de que la mayoría de los consultantes habían recibido algún tipo de tratamiento en salud mental (67,6%), para muchos fue la posibilidad de acceder, por primera

vez, a una consulta especializada en salud mental (26,9%), con lo cual es remarcable su poder como recurso terapéutico novedoso en telesalud mental. La eficacia del programa SMR está demostrada en que 91.2% de las consultas fueron resueltas por el propio programa ( $p < 0.001$ ), con la consecuente capacidad de dar respuesta en telesalud mental y evitar sobrecargas en el sistema de salud. También, fue útil para proteger, tanto a la comunidad como a los profesionales de salud mental, del contacto presencial durante la pandemia por Covid-19. En consecuencia resulta una herramienta poderosa de vigilancia epidemiológica y asistencia en salud mental en contexto de situaciones de crisis, desastres y catástrofes sanitarias.

La posibilidad que tiene SMR de detectar a través de los profesionales del mismo el problema prevalente permite que el mismo programa sea útil para identificar indicadores epidemiológicos en las problemáticas en salud mental en contexto de la pandemia por Covid-19, pero también para la post pandemia. Los síntomas de ansiedad primaron sobre otros problemas, en una proporción mayor (45,3%) sobre el total de casos. Es importante destacar que esta variable tuvo un peso mayor durante la primera mitad del período estudiado, coincidentemente con la vigencia del ASPO, con lo cual permite colegir que esta medida a pesar de ser eficaz para contener la pandemia, también incrementó los síntomas de ansiedad en la comunidad general. Sin embargo, son necesarios estudios más focalizados para determinar si la aparición abrupta, inesperada y disruptiva de la pandemia, en sí misma, no fue también un factor predisponente o desencadenante para esta sintomatología. Es importante destacar que a pesar de los testimonios que muchos profesionales del campo de la salud mental y de la comunidad en general acerca del aumento de la incidencia del insomnio en la comunidad durante la pandemia y el ASPO, esto no se vio reflejado en este estudio puesto que la frecuencia del mismo como síntoma específico fue baja (0,97%). Sin embargo, como los registros detectan el problema prevalente y no variables agrupadas en categorías diagnósticas y en consecuencia queda librado al profesional que registra detectar el problema prevalente, o la comunidad naturalizó el insomnio y no lo reportó durante la consulta, se podría hipotetizar que el insomnio queda subsumido en los síntomas de ansiedad, especialmente porque el insomnio de conciliación se asocia a los síntomas ansiosos. Es importante también plantear que al estar una emoción/sentimiento subsumida en los síntomas de ansiedad, el valor que tiene para observar su impacto sobre la salud mental y su relación con el estrés postraumático no pudo ser discriminada. A su vez, se detectó que los usuarios del programa SMR mayores a 60 años fueron los que más reportaron ansiedad/temor (54,1%) del total de llamadas para ese grupo etario, probablemente porque fue la población sobre la cual se informaron mayor cantidad de muertes por la pandemia Covid-19.

Los trastornos del ánimo se reportaron como la segunda problemática en el total de llamadas (24,6%). La frecuencia de los

mismos fue más importante en el primer semestre del estudio, coincidentemente con el inicio de la pandemia y del ASPO. A pesar de que los trastornos por ansiedad y de ánimo son más frecuentes que los síntomas psicóticos, estos ocuparon el tercer lugar con un aumento de llamadas cuando los efectos de la pandemia de la primera ola en el país bajaban y hasta que emergió la segunda ola de casos de Covid-19, sin poder precisarse el porqué de este fenómeno.

Los síntomas de agresividad/impulsividad (3,9%), el consumo problemático de sustancias (3,5%) y las situaciones de violencia familiar o de género (2,2%), así como las situaciones que pusieron en riesgo la vida o autolesiones (0,5%) tuvieron menor impacto pero son datos importantes para considerar sobre los efectos de la pandemia y el ASPO y DISPO en poblaciones específicas. Para determinar estos fenómenos se necesitan más estudios.

Un aspecto del presente estudio a destacar es que se activó el sistema de emergencias SAME en 50 oportunidades, sin embargo las llamadas realizadas por los sujetos de la comunidad representó un 46% de dichas llamadas y los profesionales del programa lo activaron en el 54% restante, lo cual es un indicador de la importancia que representa que un equipo de profesionales de salud mental opere el mismo, puesto que ellos son suficientemente capaces de detectar situaciones de emergencia debido a la capacitación recibida para detectar riesgo suicida.

Los niños y los adolescentes, (10-19 años) son considerados poblaciones vulnerables, quienes utilizaron en menor frecuencia el programa (3,6%), sin embargo, se debió activar el protocolo de urgencias en 5 sobre 484 llamados (1,0%). En esta población también fueron los síntomas de ansiedad/temor los problemas prevalentes (33,7%), seguidos de trastornos del ánimo. Se detectaron situaciones de violencia familiar (2,9%) e ideación suicida en 6 casos. Todos estos datos ameritan mayores estudios para poder realizar inferencias sobre sus causas. En la población infanto juvenil la mayoría de las intervenciones fueron para reorientar la atención por georreferencia o cobertura (47,72%), sin embargo el programa fue capaz de resolver las consultas en la propia intervención en 40,3%. A su vez, en esta franja etaria se necesitaron mayor cantidad de llamadas ulteriores.

## Conclusiones

El programa SMR fue eficaz en su reestructuración asistencial, a través de la intervención de profesionales de SM. A su vez, también favoreció la accesibilidad y aumentó la oferta de la capacidad de prestaciones. También, funcionó como un primer contacto en salud mental para la comunidad, a través de la telesalud mental en una red de cuidados progresivos en Salud Mental. El 95% de las consultas provinieron de la propia comunidad con lo cual lo ubica como una primera línea de atención en salud mental. El programa permite acceder a un diagnóstico integral presuntivo, caracterización del riesgo, contención y/o derivación asistida a dispositivos de atención georreferenciada. Asimismo, el dispositivo es útil para la intervención en crisis y prevención

del riesgo suicida, inclusive en aquellos casos en el seno de la comunidad donde el propio consultante no reportó urgencia, pero los profesionales la identificaron y activaron el sistema de emergencias (SAME). El programa fue útil durante el primer año de la pandemia Covid-19 para resolver en un 91,2% las consultas en el marco de este. Los síntomas de ansiedad fueron los más prevalentes durante el primer semestre, principalmente en sujetos mayores a 60 años. El programa es útil para la vigilancia epidemiológica en contexto de desastres y catástrofes sanitarias y resulta eficaz para la planificación de políticas públicas de salud mental en la post pandemia.

## BIBLIOGRAFÍA

- DNSMyA, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2020). COVID-19 Recomendaciones para la asistencia telefónica de Salud Mental en Contexto de Pandemia. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la República Argentina.
- González, C. B., Bordoni, M. V. G., Stieben, A., & Baum, A. J. (2019). Strategies in the implementation of standards for the identification of patients on legacy software in the Health System of Buenos Aires City. *Electronic Journal of SADIO (EJS)*, 18(2): 21-38.
- Gutnisky, D., Persano, H., Kugler, V. (2021). The organization of mental health phonenumber in Buenos Aires City: its role to minimize the impact of mental health services disruption amidst COVID-19 pandemic. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. Journal: *B.J.Psych Open* (7) Issue S1.
- LCABA, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999). *Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Ley N° 153/1999. Sancionada el 25/02/1999. Publicada en el Boletín Oficial del 28/05/1999 Número: 703 Página: 11957.
- LCABA, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). *Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*. Ley N° 448/2000. Sancionada el 27/07/2000. Publicada en el Boletín Oficial del 07/09/2000 Número: 1022, Pág. 18898.
- Ley N° 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Decreto Reglamentario 603/13. Sancionada el 25/11/2010. Publicada en el Boletín Oficial del 03-dic-2010 Número: 32041, Pág. 1.
- OPS (2006). *Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres*. Washington D.C.
- OPS/OMS (2009). *Salud Mental en la Comunidad*- Serie Paltex No49, 2009.
- OPS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Ed. OPS, Serie: *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* No.4. Washington, D.C.
- OPS (2020). *Consideraciones Sociales y de Salud Mental durante el brote de Covid-19*. Ginebra, Suiza.
- Persano, H.; Gutnisky, D. y Kugler, M.V. (2020): *Proyecto de Resolución de Actualización del Programa Salud Mental Responde*. Dirección General de Salud Mental, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020.
- Persano, H.; Kugler, M.V.; Gutnisky, D.; Alul, F. (2021). Dispositivo público de telesalud mental durante la pandemia COVID-19: aproximaciones preliminares del Programa Salud Mental Responde (SMR). *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, (2021) XXXII; 151: 25-31.