

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

Salud Mental

Caracterización
epidemiológica

2017

Boletín
Especial

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

Situación de la Salud Mental en la Provincia de Tucumán

2017

Dirección General de Salud Mental y Adicciones
Departamento de Promoción y Prevención – Programa de Información y Vigilancia
Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones.

Dirección de Epidemiología

GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN

Dr. Juan Luis Manzur

VICEGOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN

CPN Osvaldo Jaldo

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA

Dra. Rossana Chahla

SECRETARIO EJECUTIVO MEDICO

Dr. Gustavo Vigliocco

SECRETARIO EJECUTIVO ADMINISTRATIVO CONTABLE

CPN José Gandur

SUBSECRETARIOS

Dr. Alfredo Bunader

Dra. Lucía Mabel Cebe

INDICE

Sección	Página
Introducción	4
Metodología	5
Caracterización epidemiológica	6 - 18
Consultas en SM	6
Trastorno Mental Severo	8
Adicciones	9
Tentativa Suicida	11
Mortalidad por Suicidio	15
Comentarios finales	19

Introducción

Los trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente; debido a la magnitud del sufrimiento que producen, su impacto negativo en la calidad de vida de las personas, la discapacidad asociada, y la carga emocional y económica que tienen en la familia y la comunidad. Su impacto es más negativo en los grupos de mayor vulnerabilidad económica y social.

Según prevalencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que una de cada cuatro personas, el 25% de la población, sufrirá en algún momento de su vida algún trastorno mental¹.

De acuerdo con la OMS la carga global de morbilidad que producen los trastornos mentales y neurológicos en todo el mundo se prevé llegará al 15% del total de AVAD (años de vida perdidos por discapacidad), perdidos por todas las enfermedades y lesiones en el año 2020²; cifras estas que por sí solas deben colocar a estas patologías dentro de las prioridades en las distintas políticas de salud.

Merece una especial mención el incremento de trastornos mentales en la población infantojuvenil, y su impacto negativo en el desarrollo e inclusión

comunitaria de esta población, cuya prevalencia se estima alrededor del 20%³.

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y contribuyen a la morbilidad y mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos⁴.

Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares⁵.

En lo que respecta al suicidio, más de 800 000 personas al año lo llevan a cabo, y es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 78% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios⁶.

La carga de estos trastornos está en aumento a consecuencia de la transición epidemiológica, de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas. Y

del incremento de trastornos emergentes, como la violencia.

El cambio de la estructura poblacional por el aumento de la expectativa de vida y la reducción de la población infantil y juvenil, juega un papel a considerar; ya que incrementa probabilidades de que se presenten trastornos mentales en etapas tardías de la vida.

Estas premisas conjuntamente con el marco legislativo vigente, han sido

consideradas prioritarias en el Plan Rector de Salud; la creación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones del SIPROSA tiene entre sus objetivos garantizar las estrategias y recursos necesarios para la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental (SM) y fortalecer los programas que se encuentren en vigencia, que protegen a los individuos con patologías mentales.

Metodología

Se analizaron datos a partir de diferentes fuentes de información: Sistema Informático de Gestión de Hospitales (SGH), registros de programas dependientes de la Dirección General de Salud Mental, y datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

Se comparó el número de consultas por SM según años y considerando diferentes grupos de edad. Se estimaron porcentajes, para determinar las patologías más frecuentemente asistidas en efectores públicos de salud.

Se consideró de manera global y abordando causas específicas como trastornos mentales severos, adicciones y conducta suicida.

Se comparó los datos provinciales con prevalencias nacionales de la ENFR^a.

Se estimaron tasas ajustadas en base a datos de mortalidad por suicidio, que se estandarizaron mediante el método directo, comparando por provincias. Se calcularon además tasas específicas por edad y sexo.

^a ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación.

Caracterización epidemiológica

Consultas en SM

En los últimos 10 años, se produjo un crecimiento de la red de efectores de SM en la provincia de Tucumán, en diferentes niveles de complejidad. En la actualidad se cuenta con atención psicológica y psiquiátrica en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Centros de Integración Comunitaria (CICs), y Hospitales del interior de la provincia. Se fortalecieron además las guardias de SM e internación en crisis, en los Hospitales Generales. Por otro lado, se extendió la cobertura para la población privada de libertad, centros de rehabilitación para adicciones, etc.

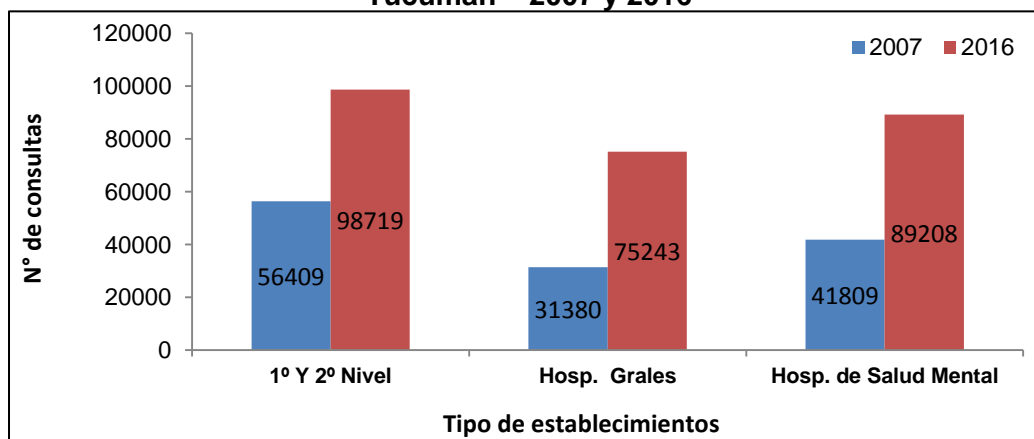
En el año 2016, de 263.170 consultas por SM, 38% de las mismas se realizaron en

CAPS, 34% en Hospitales Psiquiátricos y los 29% en Hospitales Generales.

En este mismo año, la demanda en el Sistema Público de salud creció un 75% en establecimientos de 1er y 2do nivel de atención; un 113% en Hospitales de SM y un 140% en Hospitales Generales, comparando con el año 2007 (Fig. N°1).

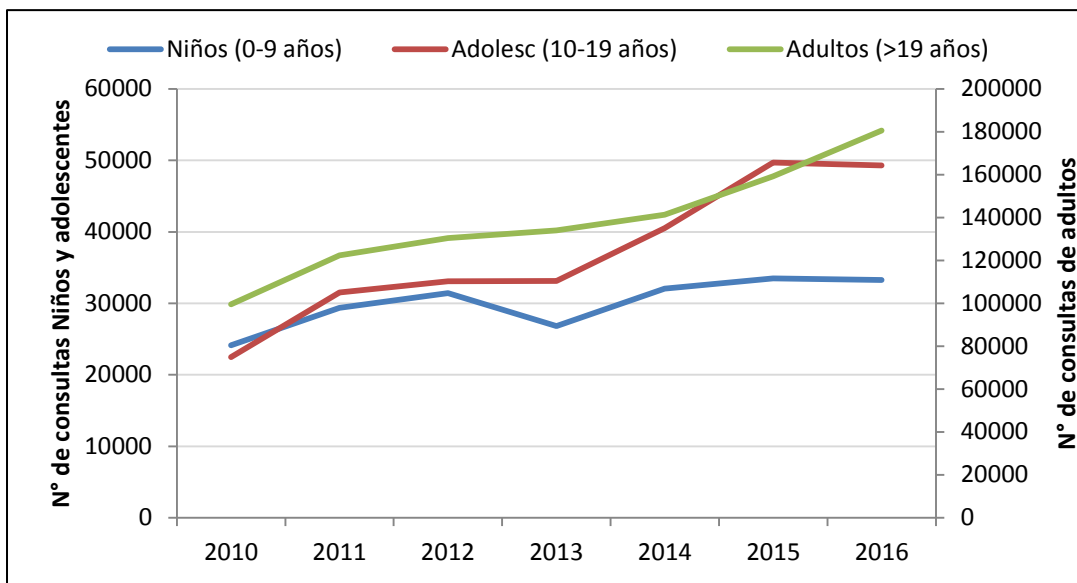
El 58% (153.661) de las consultas fueron de mujeres. En todos los grupos de edad se observó un aumento significativo en el número de consultas entre 2010 y 2016, destacándose la mayor demanda en adultos (mayores de 19 años) (Fig. N°2). El mayor número de consultas se concentró en el grupo de edad comprendido entre los 35-49 años (23%).

Figura N° 1: Consultas en SM asistidas según Nivel de Atención y años. Provincia de Tucumán – 2007 y 2016



Fuente: Programa de información y Vigilancia epidemiológica de SM - SGH. Dpto. Promoción y Prevención en SM.

Fig. N° 2: Consultas ambulatorias en SM por grupos de edad. Provincia de Tucumán. Período 2010 – 2016.



Fuente: Programa de Información y VE de SM - SGH. Dpto. Promoción y Prevención en SM.

Desde el año 2010, los trastornos de ansiedad y neuróticos, los problemas psicosociales y trastornos del humor, fueron los principales motivos de consulta en SM, ocupando los tres primeros puestos en orden decreciente. A partir del año 2012 en el 4º y 5º lugar se ubicaron las adicciones y los trastornos psicóticos respectivamente, seguidos de los trastornos emocionales de la niñez y adolescencia y el retraso mental (Fig. N° 3).

Con respecto a las patologías más frecuentemente diagnosticadas, durante el año 2016, prevalecieron los trastornos de ansiedad y neuróticos alcanzando un 16% (41.265), seguidos por problemas psicosociales con un 12% (31.313) y 9% (23.487) los trastornos del humor.

**Figura Nº 3: Principales Motivos de Consulta en Salud Mental
Provincia de Tucumán. Período 2010 – 2016**

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
T. Ansiedad y Neuróticos	T. Ansiedad y Neuróticos	T. Ansiedad y Neuróticos	T. Ansiedad y Neuróticos	T. Ansiedad y Neuróticos	T. Ansiedad y Neuróticos	T. Ansiedad y Neuróticos
Problemas Psicosociales	Problemas Psicosociales	Problemas Psicosociales	Problemas Psicosociales	Problemas Psicosociales	Problemas Psicosociales	Problemas Psicosociales
T. del Humor	T. del Humor	T. del Humor	T. del Humor	T. del Humor	T. del Humor	T. del Humor
T. Psicóticos	T. Psicóticos	Adicciones	Adicciones	Adicciones	Adicciones	Adicciones
T. Emoc. Niñez y Adolesc.	T. Emoc. Niñez y Adolesc.	T. Psicóticos	T. Psicóticos	T. Psicóticos	T. Psicóticos	T. Psicóticos
T. Desarrollo Psicológico	Retraso Mental	T. Emoc. Niñez y Adolesc.	T. Emoc. Niñez y Adolesc.	T. Emoc. Niñez y Adolesc.	T. Emoc. Niñez y Adolesc.	Retraso Mental
Retraso Mental	T. Desarrollo Psicológico	Retraso Mental	Retraso Mental	Retraso Mental	Retraso Mental	T. Emoc. Niñez y Adolesc.

Fuente: Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica - SGH. Dpto. Promoción y Prevención en SM.

Trastorno Mental Severo (TMS)

TMS incluye enfermedades como: Trastornos Psicóticos, Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo; Trastornos Bipolar y Depresión⁷.

Los trastornos mentales severos (TMS), presentan una alta prevalencia, afectando a la población joven. Son de evolución crónica, con alta carga de morbilidad y discapacidad. El costo económico de estas enfermedades es elevado (más del 80% del gasto en salud mental), por lo que su abordaje es fundamental, ya que existen tratamientos de eficacia comprobada que pueden mejorar la calidad de vida de la población⁸.

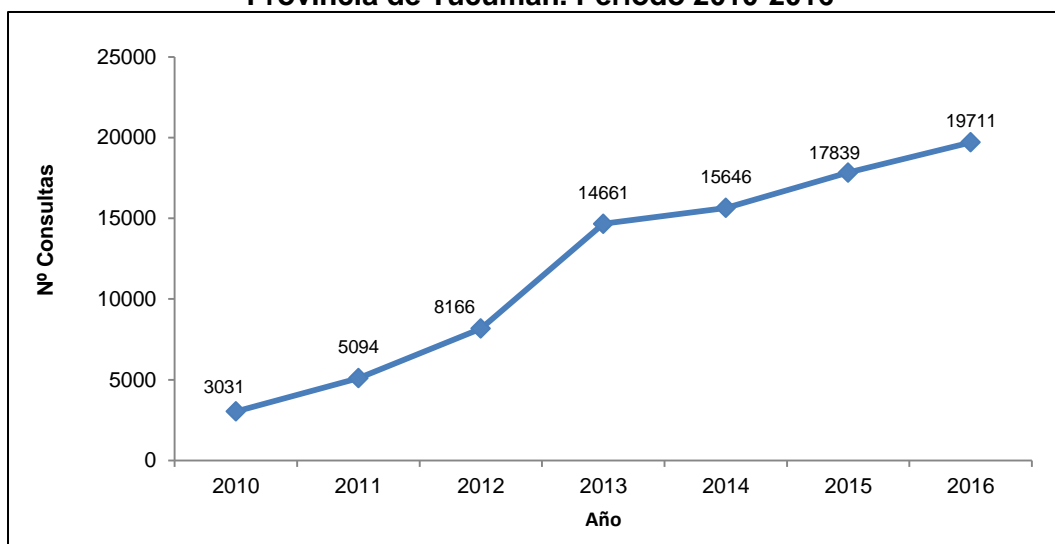
En el presente análisis no se consideró depresión mayor por carecer de información de años previos (Fig. N°4).

En los últimos años se ha producido una transformación de atención, priorizando a la cobertura de atención por TMS como un indicador de seguimiento.

En Tucumán, en el período 2010-2016, en el sector público, aumentó la cobertura en un 75% para la contención de la demanda por TMS.

Del total de consultas en 2016, 88% (17.318) correspondieron a trastorno psicótico y el 12% (2.393) restante a trastorno bipolar.

Figura Nº 4: Consultas por Trastornos Mentales Severos. Provincia de Tucumán. Período 2010-2016



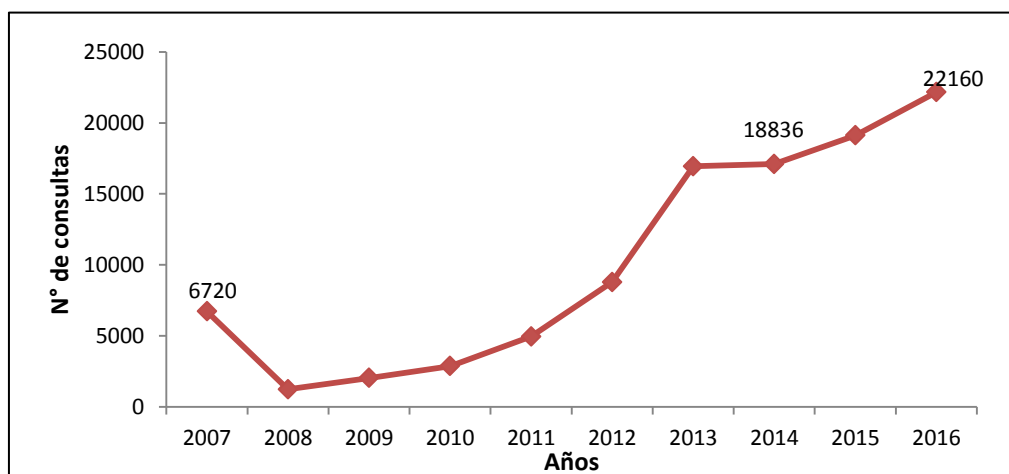
Fuente: Prog. de información y Vigilancia Epidemiológica de SM - SGH. Dpto. Promoción y Prevención en SM.

Adicciones

La problemática de las adicciones reside en la vinculación que los sujetos sostienen con las sustancias, producto del contexto y de un momento histórico determinado.

En consecuencia, el fenómeno debe ser analizado desde una perspectiva integral que contemple componentes personales, vinculares, sociales, culturales, económicos y políticos.

Figura Nº 5. Consultas asistidas por adicciones según años. Provincia de Tucumán.

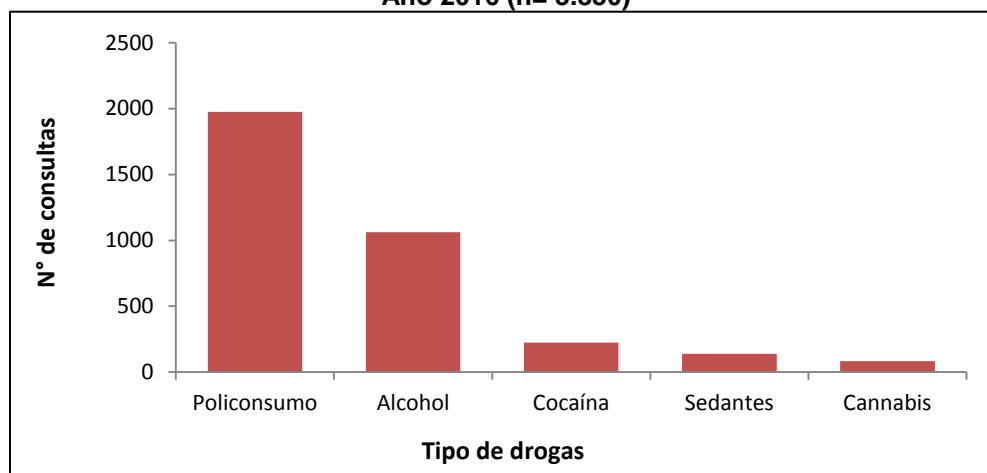


Fuente: Programa de Información y Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental - SGH. Dpto. Promoción y Prevención SM.

El consumo prevalente entre las consultas por adicciones fue el policonsumo (múltiples drogas), representando el 54% (2.068) del total de consultas. Esto fue más evidente en adolescentes y adultos jóvenes, sobre todo a partir de los 15 y hasta los 34 años.

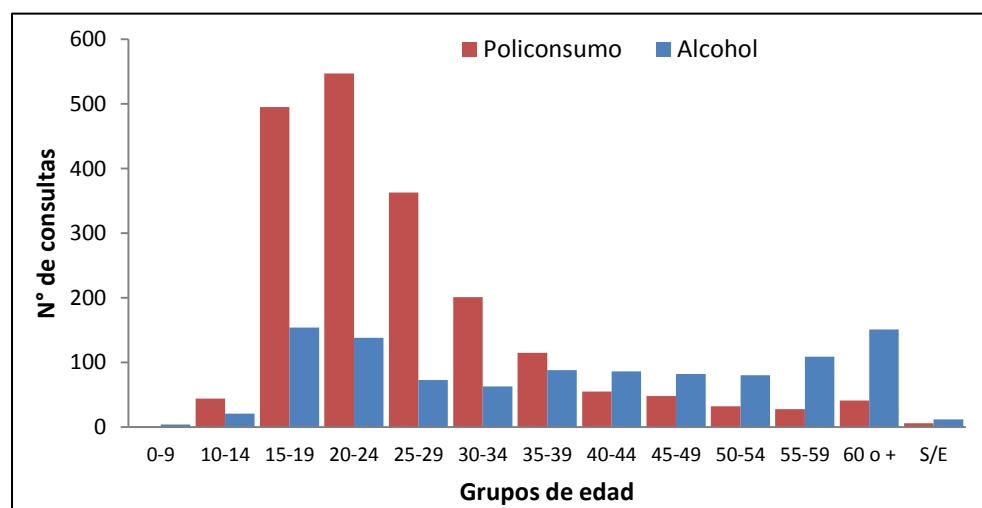
En adultos (mayores de 40 años) el principal motivo de consulta fue el consumo de alcohol, aunque a merced de la disminución del policonsumo (Fig. N°7).

Figura N° 6: Casos asistidos por adicciones según tipo de consumo. Provincia de Tucumán. Año 2016 (n= 3.830)



Fuente: Programa de Información y Vigilancia epidemiológica de Salud Mental - SGH. Dpto. Promoción y Prevención SM.

Figura N° 7: Número de consultas de Policonsumo y Alcohol según grupos de edad. Provincia de Tucumán. Año 2016 (n=3.830)



Fuente: Programa de Información y VE de Salud Mental - SGH. Dpto. de Promoción y Prevención SM.

Tentativa Suicida (TS)

Los estudios referentes a ideación y tentativa de suicidio generalmente utilizan muestras de centros hospitalarios; son menos frecuentes las que tienen base poblacional. En los años 2007 y 2012, Argentina participó de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)^b en escolares de 13 a 15 años, obteniendo información valiosa respecto al fenómeno de acoso escolar y tentativa suicida.

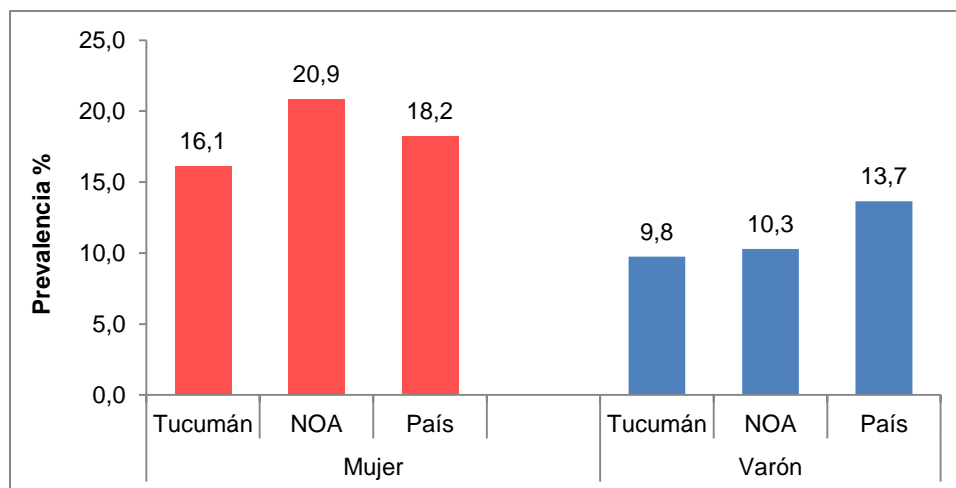
Según la EMSE 2012, la prevalencia de TS fue del 16% a nivel nacional; siendo menor en varones (13,7%) que en mujeres (18,2%) ($p < 0,05$).

De modo similar en Tucumán la tentativa suicida fue mayor en mujeres que en varones ($p < 0,05$), tal como refieren las publicaciones^{9,10} (Fig. N° 8).

La TS estuvo asociada a siempre sentirse solo y a sufrir acoso escolar por la religión o burlas de índole sexual ($p < 0,05$).

En la región del NOA, Tucumán fue la provincia con menor prevalencia en mujeres.

Figura N° 8. Prevalencia de Tentativa suicida en escolares de 13 a 15 años según sexo y jurisdicciones



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar - MSAL

^b La Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) es la vigilancia del proyecto de colaboración diseñado para ayudar a los países a medir y evaluar el comportamiento de los factores de riesgo y factores protectores en 10 áreas clave entre los jóvenes de 13 años a 15. <http://www.who.int/chp/gshs/es/>

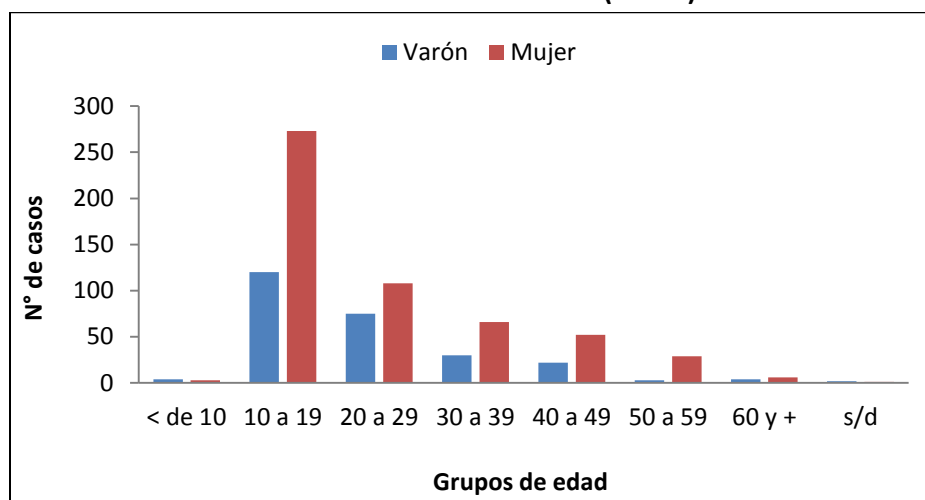
En la provincia de Tucumán, la vigilancia de la TS se inició en el año 2014 de modo sistemático a partir de los efectores de APS.

Esta estrategia permitió obtener información valiosa, acerca de determinantes y grupos vulnerables; permitiendo geolocalizar y proponer intervenciones más focalizadas en cada situación.

En servicios de APS se detectaron alrededor de 20 TS por mes. El 67% fueron mujeres y el 40% tuvieron antecedentes de intentos anteriores.

La mayor frecuencia de TS estuvo entre los adolescentes de 10 a 19 años (49%); siendo más frecuente en mujeres (69%) con respecto a los varones (31%) en este grupo de edad (Fig.Nº9).

Figura Nº 9: Conducta Suicida captada en APS según grupos de edad y sexo. Provincia de Tucumán. Años 2014 a 2016 (n=798)



Fuente: Vigilancia de TS. Dirección General de Salud Mental. Provincia de Tucumán

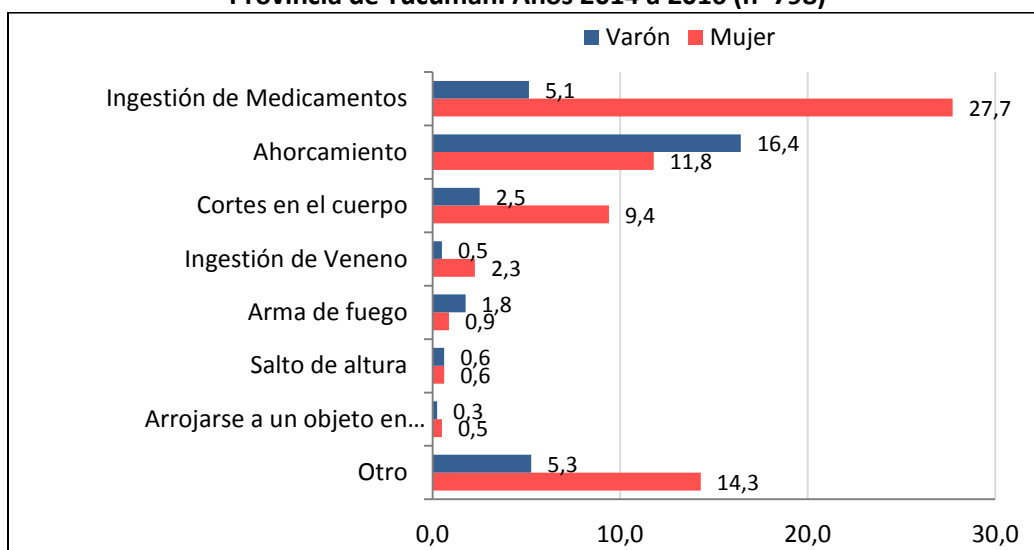
El 21% de las TS tuvieron antecedentes familiares de conducta suicida^c.

Se observó diferencias en la frecuencia de los métodos empleados para un acto de TS, según el sexo de las personas (Fig. 10).

En cuanto a los factores desencadenantes de TS, fueron la historia de problemas familiares las que habrían sido las más influyentes para desencadenar una conducta suicida. (Tabla Nº 11).

^c Conducta suicida comprende a los casos de Tentativa suicida como suicidios consumados

**Figura N° 10: Métodos utilizados en Conducta Suicida en APS.
Provincia de Tucumán. Años 2014 a 2016 (n=798)**



Fuente: Vigilancia de TS. Dirección General de Salud Mental. Provincia de Tucumán

**Tabla 11: Factores desencadenantes para TS en casos notificados en APS.
Provincia de Tucumán. Años 2014 a 2016 (n=798)**

Factores desencadenantes	%
Problemas familiares	57,3
Adicciones	12,8
Trastornos Mentales Asociados	12,5
Violencia familiar	8,4
Otros	7,8
Problemas laborales o escuela	3,9
Abuso sexual	3,3

Fuente: Vigilancia de TS. Dirección General de Salud Mental. Provincia de Tucumán

El 8% de todas las TS estudiadas en APS, terminaron en muerte; siendo mayor la incidencia en varones (16%) que en mujeres (4%); tal como se describe en la bibliografía. El 82% tenían menos de 29 años al momento de fallecer; y el 39% menos de 19 años.

El método más utilizado para consumar la TS fue el ahorcamiento (85%) en las mujeres. De modo similar en los varones también fue el ahorcamiento (66%) seguido por el empleo de arma de fuego (22%).

Hubo un incremento en la demanda de consultas por TS en los hospitales de referencia, en el período 2011-2016 (Fig. N° 12); tanto en consultorio externo como en la guardia, para el mismo período (Fig. N° 13).

De las 596 consultas realizadas por guardia en 2016, el 43% (258) fueron en el Hospital Ángel C. Padilla, 24% (241) en hospital Regional de Concepción M. Belascuain y 13% (78) en hospital psiquiátrico Nuestra Sra. del Carmen.

Figura Nº 12: Consultas por Tentativa Suicida según años en Hospitales de Referencia. Provincia de Tucumán

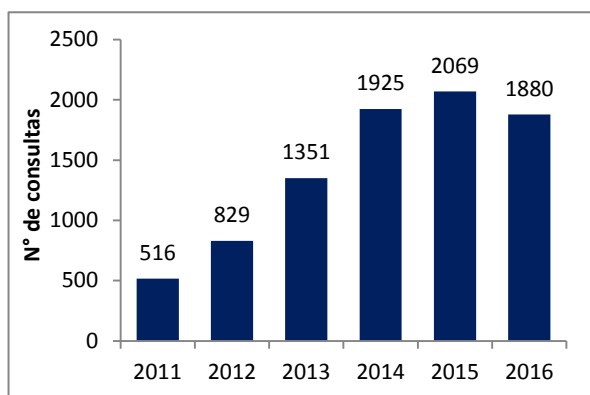
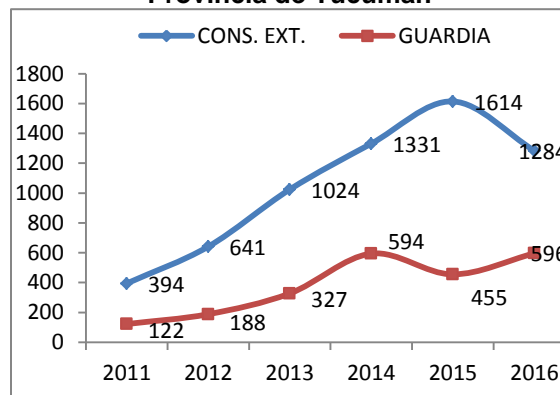


Figura Nº 13: N° de Casos de TS captados por consultorio externo y de guardia, según años en Hospitales de Referencia. Provincia de Tucumán



Fuente: Programa de Información y Vigilancia epidemiológica de Salud Mental - SGH. Dpto. Promoción y Prevención SM

Durante el primer semestre del año 2017 en los hospitales de 1er y 2do nivel de atención se atendió la demanda de 663 casos de TS; y en los dos Hospitales de Salud Mental 115 casos por la misma problemática (Tabla 14).

En el mismo período de 2017, en los principales hospitales de referencia de la provincia, se asistieron un total de 975 consultas por TS; a razón de 163 casos por mes.

En conjunto se atendieron 1753 casos de TS en el sector público.

Tabla Nº 14: Consultas por TS en Hospitales de Referencia. Provincia de Tucumán 1er semestre de 2017

Hospital	Consultas
Dr. Ángel C. Padilla	504
Del Niño Jesús	229
Dr. Belascuaín (Concepción)	99
Gral. Lamadrid (Monteros)	59
Dr. Zenón Santillán	36
Dr. N. Avellaneda	33
Eva Perón	11
Inst. Maternidad NS de las Mercedes	4
Total	975

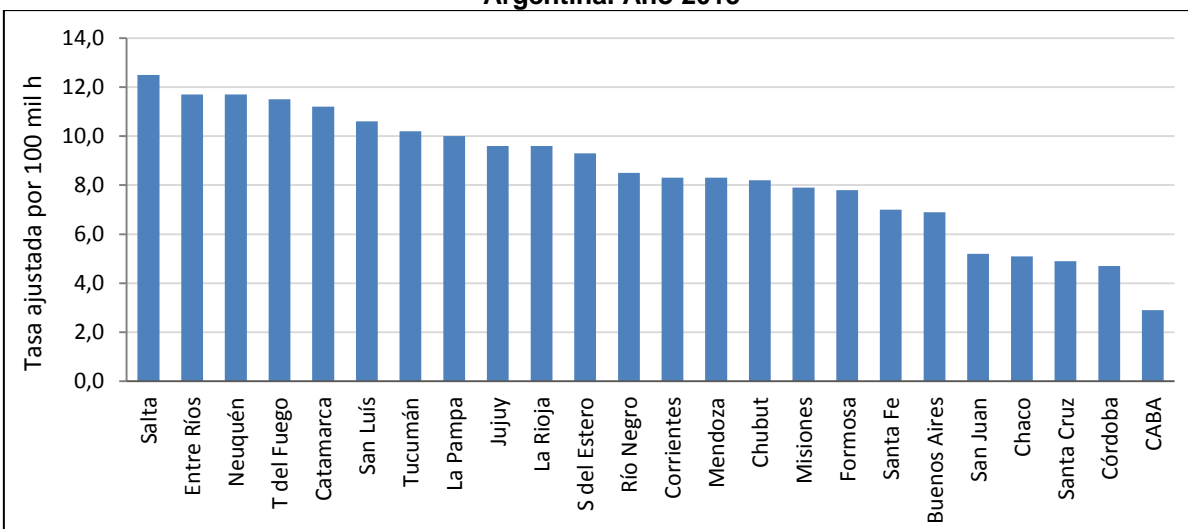
Mortalidad por Suicidio

Aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. Los hombres mostraron una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. En contraste, las mujeres presentaron mayores episodios de intentos suicidas. Una de las razones que explicarían este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales.

En las Américas, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia, con alrededor de 65.000 defunciones anuales y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes, en el período 2005-2009, con las variaciones según países.

En Argentina en el año 2015 hubo 3.202 suicidios, representando un 15,7% del total de muertes por causas externas y un 58,6% de las muertes intencionales. En el año 2015 hubo una disminución del 4% con respecto al año 2014, cuando se registró 3339 suicidios en el país. Al desagregar la información por provincias o jurisdicciones de Argentina de lo registrado en el año 2015, se observó tasas de mortalidad más altas en las provincias de Salta, Entre Ríos y Neuquén; y tasas más bajas de mortalidad por suicidio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y las provincias de Córdoba y Santa Cruz.

Figura N° 15: Tasas ajustadas por edad, de mortalidad por suicidio según Jurisdicciones de Argentina. Año 2015

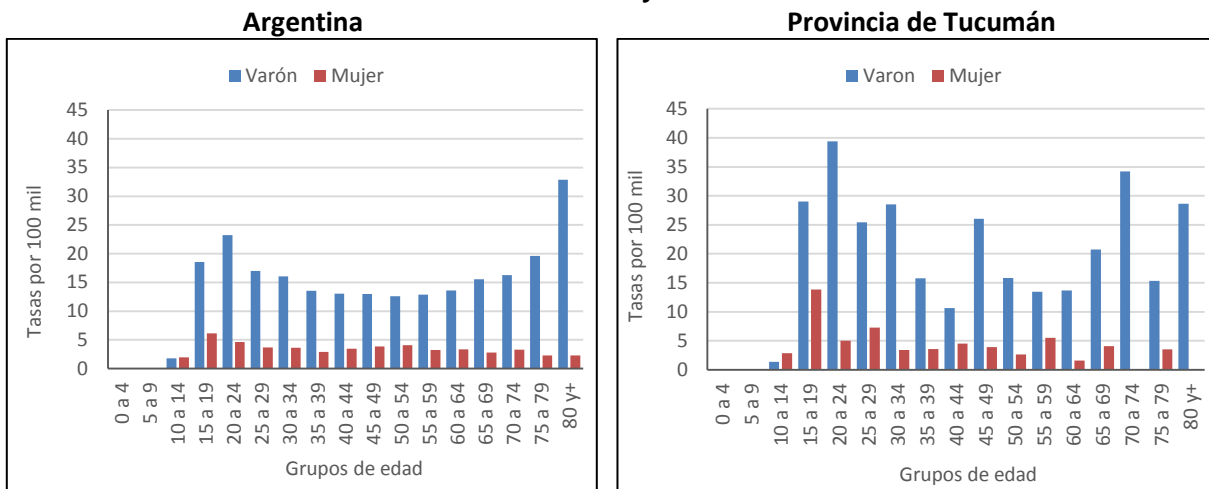


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud) del Ministerio de Salud de la Nación

El 78,9% de las muertes se produjo en varones. Las mayores tasas se observaron en jóvenes en la franja de edad de 15 a 24 años y mayores de 79 años en el país (Fig.

N°16); mientras que en Tucumán se manifestó mayormente en la franja de 15 a 29 años (Fig. N°17).

Fig. N° 16 y 17: Tasas específicas de mortalidad por suicidio según grupos de edad y sexo. Período 2014 y 2015



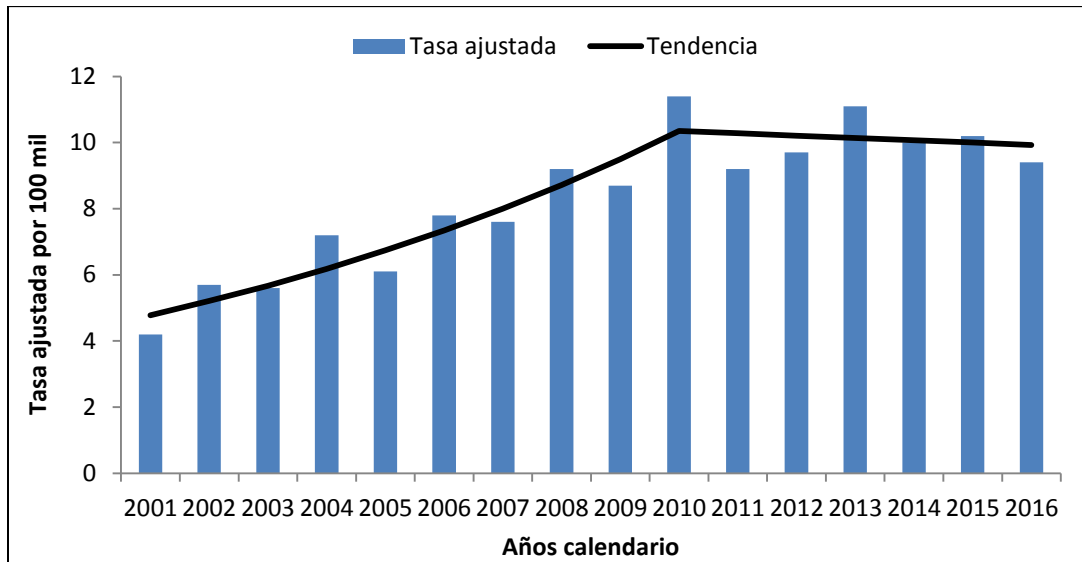
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud Ministerio de Salud de la Nación

Desde el año 2001, en la provincia de Tucumán se observó una tendencia significativamente creciente en la mortalidad general por suicidio hasta el año 2010 ($p < 0,05$); alcanzando una tasa de 11,4 fallecidos por cada 100.000 habitantes en ese año. En este período el Porcentaje de cambio anual (PCA) fue del 9% en cada año; generando una situación preocupante como problema de la salud Pública.

A partir del año 2011 se observa un cambio en la tendencia, mostrando desde entonces una leve pero sostenida reducción de la tasa de mortalidad, con un PCA de 0,7% por cada año.

La desaceleración podría reflejar las múltiples intervenciones que se hicieron en el campo de la Salud mental en la provincia de Tucumán (Fig. N°18).

Figura N° 18: Tasas ajustadas y Tendencia de mortalidad por Suicidio (por 100.000 habitantes). Provincia de Tucumán, 2001-2016



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

Coincidiendo con la bibliografía, la mortalidad por suicidio fue superior en los varones, con respecto a las mujeres en todo el período, con una razón de 4 varones por cada mujer.

A lo largo de la serie, entre 2001 a 2010 hubo un incremento significativo de la mortalidad en varones a razón de 9,2% en forma anual ($p < 0,05$)

A partir del año 2011; coincidiendo con el promedio provincial, se observó una inflexión en la tendencia, mostrando una leve disminución de la tasa de mortalidad; a un promedio de 0,5% por cada año.

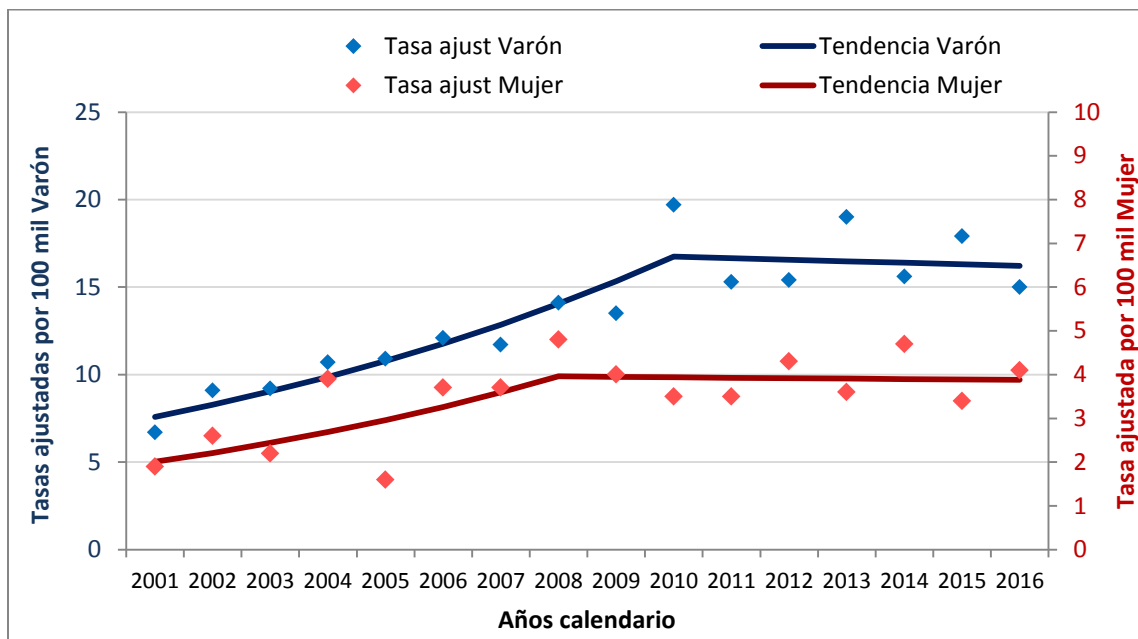
También puede observarse que el cambio de tendencia en los varones fue luego de 3

años de haber ocurrido el cambio en las mujeres (Figura N° 19).

En mujeres, se observó una tendencia ascendente de mortalidad entre los años 2001 a 2008; con un promedio anual de 10,2 %. ($p < 0,05$).

Fue a partir del año 2009, en que se observa una clara inflexión de la tendencia, mostrando actualmente una sostenida y suave dirección descendente con un PCA negativo (-0,3 % anual), aunque no es estadísticamente significativa; pero mostrando el efecto que pudo haber tenido las intervenciones realizadas en el programa de Salud Mental

Figura N° 19: Tasas ajustadas (TA) y Tendencia de mortalidad por Suicidio según sexo. Provincia de Tucumán. Años 2001-2016



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

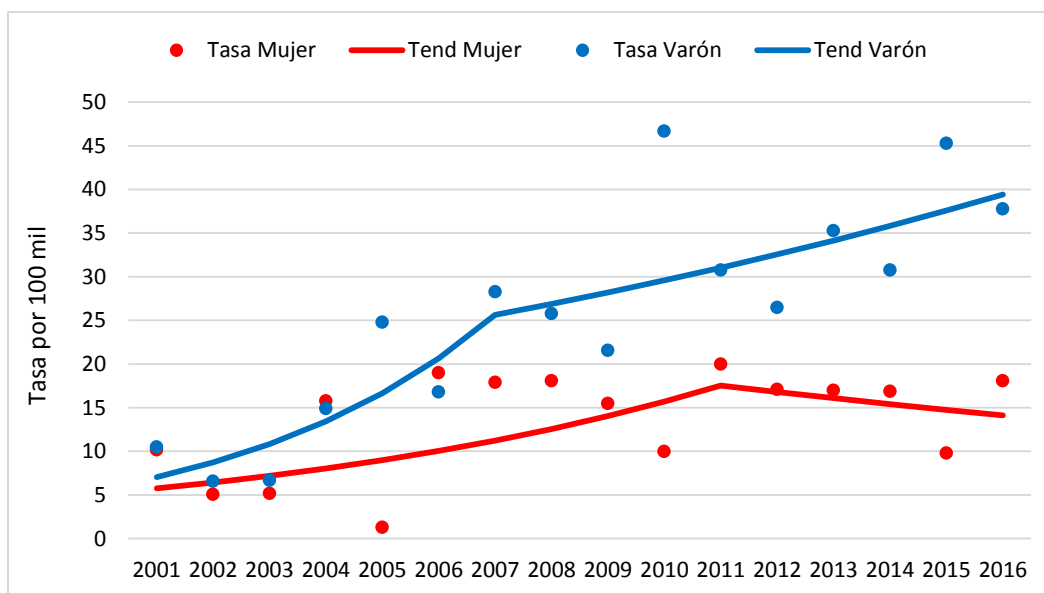
Las tendencias de mortalidad mostradas previamente, ilustran la situación en el promedio provincial, tanto de la población en general como en varones y mujeres en todos los grupos de edad; enmascarando en el conjunto, detalles ocurridos en otros grupos más focalizados, como serían los adolescentes (10 a 19 años).

En el interés de visualizar su comportamiento, se observó en los varones que hasta antes del año 2008, el promedio de incremento de la tasa de mortalidad fue del 24% por cada año

($p < 0,05$). Luego hubo una leve inflexión en la tendencia ocurrida en el año 2008; y desde entonces la misma se mantiene aún ascendente, pero con un incremento promedio anual del 5% ($p > 0,05$) en los últimos años, que podría considerarse aún preocupante.

También pudo observarse que en las mujeres adolescentes, el cambio de la tendencia ocurrió recién en el año 2012; disminuyendo desde entonces a razón de 4% en cada año; aunque la misma no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Figura N° 20: Tasas específicas y Tendencia de mortalidad por Suicidio según sexo en población adolescente. Provincia de Tucumán. Años 2001-2016



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

Comentarios finales

Se ha mostrado el trabajo realizado desde el Ministerio de Salud en lo relacionado a la Salud Mental en la provincia de Tucumán, a lo largo de los últimos años. En ellas se puede apreciar el incremento de los dispositivos para la atención de la salud mental, como de la ampliación de la cobertura de las consultas.

El Ministerio de Salud Pública ha fortalecido también al organismo encargado de velar por la Salud mental de la población; otorgando el rango de Dirección General a partir del año 2016. La provincia de Tucumán es pionera en lo que concierne a Vigilancia

Epidemiológica de situaciones de tentativa suicida; captando la situación desde los servicios de APS y hospitales generales.

En el presente documento, se visualizó el problema de las adicciones; como lo son también las muertes por suicidio. Pudo verse también los grupos de población más afectados.

Sin duda la descripción de la situación es acotada y muestra una pequeña porción de un problema que ha sido puesta como una de las prioridades de las intervenciones en salud; generando y sosteniendo a su vez una gran red

provincial, abocado a dar respuesta a diversos eventos suscitados en la población; lo cual condice con lo expresado en el capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental N^o 26.657^d.

Cabe señalar el compromiso de los equipos de salud de todos los niveles de atención, que han posibilitado incidir en los indicadores; y que vislumbran con responsabilidad, los desafíos a futuro que significa la salud de la población en todos sus componentes.

^d Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Referencias Bibliográficas

1. OMS: La OMS simplifica el tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos. Acceso: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/
2. OMS: Carga de trastornos mentales y conductuales. Acceso: www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf
3. Saad, E., Belfort, E., Camarena E. et al. Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de la Humanidad. Ed. Científicas APAL. Acceso: <https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiO4cKf3pPYAhWNqZAKHWOQARAQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.codajic.org%2Fsites%2Fwww.codajic.org%2Ffiles%2FSalud%2520Mental%2520Infanto-juvenil%2520Prioridad%2520de%2520la%2520Humanidad.pdf&usq=AOvVaw3OrJadoTh4AYnqJlBqmcNl>
4. OMS: Programa de acción para superar las brechas en salud mental. http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/
5. OMS: Datos sobre la Salud Mental. Acceso: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
6. OMS: Suicidio (nota descriptiva, Agosto 2017). Acceso: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
7. OMS: Temas de salud. Salud mental. Acceso: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
8. Op. Sit. OMS: Suicidio. Acceso: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
9. Vázquez Lima, M., Álvarez Rodríguez, C. López-Rivadulla Lamas, M. et al. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. Acceso: https://www.researchgate.net/profile/Tato_Vazquez/publication/288762239
10. Chávez Hernández, A., Pérez Hernández, R., Macías García, L. et al. Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. Acta Universitaria 2004, (septiembre-diciembre). Acceso: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41614302>> ISSN 0188-6266
11. Behavioral Health Evolution. Acceso: Recuperado a partir de: http://www.bhevolution.org/public/severe_mental_illness.page

12. MSAL: Programa Nacional de Salud Mental. Acceso: [ww.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2007/acta607/anexo_8_programa_nacional_de_salud_mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2007/acta607/anexo_8_programa_nacional_de_salud_mental.pdf)
13. MSAL: Propuestas y herramientas para la atención integral, frente al consumo de sustancias, en particular el alcohol. Acceso: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2016-11_pautas-herramientas-atencion-integral.pdf
14. OPS: Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014. Acceso: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es